

CONTRIBUTION A L'ETUDE
de la
Luxation spontanée brusque de la hanche
CHEZ L'ENFANT

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 29 juin 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GENET (François-Joseph)

Ex-Interne provisoire des Hôpitaux
Médecin assistant d'orthopédie et de chirurgie infantile
né le 3 mars 1906, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRÉLICH, Professeur. . . .	Président.
		PERRIN, Professeur.	{ Juges.
		CAUSSADE, Professeur . . .	
		BINET, Agrégé	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

1933
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
28, Rue de Solignac
NANCY

THÈSE POUR LE DOCTORAT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ETUDE
de la
Luxation spontanée brusque de la hanche
CHEZ L'ENFANT

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 29 juin 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GENET (François-Joseph)

Ex-Interne provisoire des Hôpitaux

Médecin assistant d'orthopédie et de chirurgie infantile

né le 3 mars 1906, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRÉLICH, Professeur. . . .	Président.
		PERRIN, Professeur.	{ Juges.
		CAUSSADE, Professeur . . .	
		BINET, Agrégé	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical**

1933
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
28, Rue de Solignac
NANCY

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\odot$

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, $\star$, I $\odot$

WEISS, O $\star$, I $\odot$; BOUIN, O $\star$, I $\odot$

ANCEL, $\star$, I $\odot$; GARNIER, $\star$, I $\odot$; MACÉ, $\star$, I $\odot$; P. PARISOT, O $\star$, I $\odot$

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. HOCHÉ, O $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. ETIENNE, O $\star$, I $\odot$.
Physique	M. DUFOUR, $\star$, I $\odot$.
Clinique des maladies syphilit. et cutanées..	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\odot$
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRÉLICH, $\star$, I $\odot$.
Physiologie	M. LAMBERT, $\star$, I $\odot$.
Clinique obstétricale et d'accouchements....	M. FRUINSHOLZ, O $\star$, I $\odot$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, $\star$, I $\odot$.
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\odot$.
Histologie	M. COLLIN, $\star$, I $\odot$.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, $\star$, I $\odot$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. RICHON, $\star$, I $\odot$.
Chimie médicale	M. ROBERT, $\star$, I $\odot$.
Thérapeutique	M. PERRIN, $\star$, I $\odot$.
Hygiène et médecine préventive.....	M. J. PARISOT, O $\star$, I $\odot$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\odot$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, A $\odot$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\odot$.
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\odot$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\odot$.
Histoire naturelle et parasitologie.....	M. G. THIRY, $\star$, I $\odot$ Pr. sans chaire.

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Enseignement social de la tuberculose.....	M. J. PARISOT, O $\star$, I $\odot$, profess.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. M. PERRIN, $\star$, I $\odot$, professeur.
Pharmacologie	M. M. PERRIN, $\star$, I $\odot$, professeur.
Pathologie générale et expérimentale.....	M. P. SIMONIN, I $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. P. SIMONIN, I $\odot$, agrégé.
Clinique gynécologique et pathologie externe (1)	M. A. BINET, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Propédeutique chirurgicale	M. GUILLEMIN, A $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.....	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\odot$, professeur
Cours d'embryologie et d'histologie	M. WATRIN, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Médecine opératoire	M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB, $\star$, I $\odot$, agrégé libre.
Obstétrique	M. VERMELIN, $\star$, A $\odot$, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A $\odot$, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, $\star$, A $\odot$.
Anatomie et médecine légale.....	M. MUTEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Education physique	M. L. MERKLEN, $\odot$ docteur.
Clinique neurologique	M. MICHON, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\odot$.	MM. VERMELIN, $\star$, A $\odot$.	MM. DROUET, A $\odot$.
LAMY, $\star$, I $\odot$.	GUILLEMIN, A $\odot$.	SIMONIN, A $\odot$.
MUTEL, $\star$, I $\odot$.	ABEL, $\star$, A $\odot$.	BINET, $\star$, I $\odot$.
WATRIN, $\star$, I $\odot$.		

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, $\star$, I $\odot$; S. REMY, I $\odot$; BUSQUET, I $\odot$; JOB, $\star$, I $\odot$.
FAIRISSE, I $\odot$.

M. E. TRIBOLET, I $\odot$, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A la Mémoire de mon Grand-Père

LE DOCTEUR BAR

A la Mémoire de mon Oncle

LE DOCTEUR J. SCHMITT

Professeur de Thérapeutique et de Clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Nancy

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES PARENTS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS



A mon Maître et Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. FRÆLICH
Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'Orthopédie
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous le prions de trouver ici l'assurance de nos sentiments profondément reconnaissants pour la bonté qu'il nous a témoignée, pour l'accueil si bienveillant qu'il nous a toujours réservé et pour tout ce que nous devons à son enseignement et à son exemple. Qu'il soit assuré de notre respectueux et fidèle attachement.

A mes Juges:

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. PERRIN
Professeur de Thérapeutique
Médecin de l'Hôpital-Sanatorium Villemin
Chevalier de la Légion d'honneur

En vif témoignage de notre gratitude pour son enseignement clinique et théorique, et pour l'intérêt affectueux qu'il n'a cessé de nous accorder, tant pendant nos années d'études et notre stage d'externe dans son service, que pendant les nombreuses années de soins médicaux et dévoués à notre famille.

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. CAUSSADE
Professeur de Clinique médicale infantile
Chevalier de la Légion d'honneur

En souvenir reconnaissant de notre passage dans son service comme externe et de l'accueil si cordial que nous y avons reçu.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BINET
Chargé du cours de Pathologie externe et de Clinique gynécologique
Chevalier de la Légion d'honneur

Qu'il veuille bien trouver ici toute notre gratitude pour la confiance qu'il nous a toujours témoignée pendant notre année d'internat dans son service et pour tout le profit que nous avons retiré de son enseignement gynécologique et chirurgical.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

La luxation spontanée brusque de la hanche était connue des anciens, mais elle a été vraiment étudiée par J.-L. PETIT au XVIII^e siècle et par VERNEUIL en 1883. Puis la question a été véritablement mise au point par KIRMISSON et ses élèves: KUMMER et DEGEZ à la fin du siècle dernier.

A ce moment la radiographie commence à rendre de grands services et permet de constater l'existence et la réduction de ce genre de luxation.

Depuis, de nombreux auteurs avaient publié des observations de cas de luxations spontanées, mais en 1928, M. LE FORT fit, au Congrès d'Orthopédie, un rapport magistral qui eut un grand retentissement.

Depuis ce moment, le sujet est toujours d'actualité par les nombreuses questions qu'il pose, tant au point de vue du mécanisme, qu'au point de vue de l'étiologie et du traitement.

Aussi avons-nous été très honoré quand notre Maître, M. le Professeur FRÆLICH, a bien voulu nous confier ce travail à l'occasion de notre thèse inaugurale.

M. le Professeur FRÆLICH a publié plusieurs

observations de luxations spontanées de la hanche, soit au début de la coxalgie, soit au cours d'une fièvre typhoïde.

Lors de notre passage, il y a quelques années, comme externe dans son service d'Orthopédie et de Chirurgie infantile, il nous a été possible d'observer un cas de luxation spontanée brusque au cours d'une septicémie. Pendant l'année 1932-1933, grâce à l'obligeance de notre Maître, nous avons pu rendre l'observation d'un de ses malades, dans sa clientèle particulière; grâce à M. le Docteur CORRET, chef de Clinique de chirurgie infantile, nous avons pu augmenter notre statistique d'un cas de luxation au cours de rhumatisme articulaire aigu.

Les traités habituels de Chirurgie infantile ne s'arrêtent pas longtemps sur ce genre de luxation et en particulier, dans les livres qui traitent des maladies infectieuses, les luxations spontanées brusques sont rarement signalées comme complications articulaires.

Nous commencerons notre travail par la définition du terme, Luxation spontanée brusque, puis nous rappellerons brièvement l'historique de la question.

En un troisième chapitre, nous nous étendrons sur le mécanisme et les causes déterminantes de cet accident. Dans ce chapitre nous traiterons l'anatomie pathologique. Cette partie présente un grand intérêt et permet d'expliquer quelles sont les lésions qui favorisent la production de la luxation. Dans le mécanisme lui-même nous comparerons les différentes théories publiées et nous exposerons nos idées personnelles.

Ensuite dans le quatrième chapitre, nous rechercherons l'étiologie de ces luxations.

Puis nous essayerons d'établir un tableau clinique dans le chapitre suivant.

Enfin nous insisterons sur le traitement actuel et nous terminerons par le pronostic et les conclusions.

A la suite, nous avons réuni quelques observations au nombre desquelles nous avons présenté des observations caractéristiques et quelques cas inédits.

Avant d'aborder ce travail, nous tenons à exprimer tous nos remerciements à notre Maître, M. le Professeur FRÆLICH, qui nous a inspiré cette thèse et nous en a facilité l'étude par ses conseils.

Nos remerciements vont aussi à M. le Professeur LUCIEN qui nous a ouvert ses laboratoires. Qu'il reçoive ici l'hommage de notre profond respect.

Il nous est agréable de remercier M. le Docteur CORRET, dont l'accueil toujours cordial nous a facilité la mise au point de notre travail et qui nous a été, par ses conseils et l'apport de documents, d'un grand secours.

Nous ne saurions oublier notre ami, le Docteur BEAU, avec qui nous sommes lié depuis les années déjà lointaines du lycée et qui n'a cessé de nous témoigner dans toute occasion son fidèle attachement et nous a fait profiter de ses connaissances et de son érudition.

DÉFINITION

Puisque nous nous proposons d'étudier dans ce travail la luxation spontanée brusque de la hanche, il nous semble nécessaire avant toute autre considération de poser nettement le problème. La dénomination même de cette affection, bien qu'un peu longue, a pour but de définir et de délimiter, de manière rigoureuse, le cadre nosologique de l'affection en cause. Reprenons donc l'un après l'autre les trois termes de cette appellation.

Tout d'abord s'agit-il d'une luxation? Certes, il peut sembler de prime abord quelque peu superflu de revenir sur la définition de pareil terme employé journellement. Il nous semble néanmoins bon, pour éviter toute confusion fâcheuse, de revenir sur les différents facteurs, qui conditionnent les luxations au vrai sens du mot. Sous cette dénomination, nous savons que l'on englobe « tous les déplacements anormaux et permanents des extrémités articulaires des os ». Il convient en plus d'ajouter à l'ancienne définition de MALGAIGNE quelques facteurs qui resserrent encore le cadre de ces déplacements. Nous ne comprendrons, en effet, sous l'appellation de luxation vraie, que les cas pathologiques sous lesquels il

existe une intégrité à peu près absolue des extrémités osseuses articulaires en cause. Par cette restriction, nous éliminons donc tous les cas de luxation pathologique, fausse appellation sous laquelle on groupe d'habitude des glissements d'extrémités articulaires, dus à des altérations plus ou moins marquées des contours articulaires, résultant le plus souvent d'une destruction progressive de ces extrémités osseuses.

Le deuxième terme de notre appellation restreint, lui aussi, le problème. Nous voulons, en effet, envisager dans cette étude, la luxation spontanée. Éliminons donc, de ce chef, toutes les luxations, résultat d'un traumatisme plus ou moins violent; traumatisme pouvant d'ailleurs survenir sur une hanche déjà frappée d'un processus pathologique, et réaliser brusquement de ce fait une luxation en voie de production. La luxation spontanée représente donc pour nous ce mécanisme pathologique qui entre en jeu au niveau de l'articulation coxo-fémorale de malades alités par suite d'une infection plus ou moins virulente, et que l'on retrouve un beau jour dans leur lit, avec une hanche luxée, sans qu'aucun traumatisme n'ait pu venir modifier en quoi que ce soit les rapports de leur fémur d'avec leur cotyle.

Reste la troisième proposition: luxation brusque, disons-nous, survenant en un espace de temps excessivement court et pratiquement incalculable chez un malade qui, auparavant, possédait une jointure absolument en bonne position. Par ce même terme, nous restreignons encore le problème en éliminant toutes

les luxations dites progressives qui ne sont d'ailleurs (disons-le en passant) que des glissements articulaires dus à des lésions du sourcil cotyloïdien ou à des altérations de l'extrémité supérieure du fémur.

Ces lésions, que l'on rencontre fréquemment au cours de l'adolescence, qui sont dues, soit à une petite malformation congénitale passée inaperçue, soit à une ostéochondrite du cotyle ou de l'extrémité supérieure du fémur ; ces lésions, d'ailleurs, comme nous le verrons plus loin, sont sûrement prédisposantes à une luxation vraie quand l'article se voit un beau jour frappé d'arthrite aiguë.

Signalons enfin, pour terminer, combien ce problème de la luxation spontanée brusque diffère d'un autre chapitre visant une affection voisine, nous voulons parler de la luxation congénitale de la hanche, que nous sommes appelés à rencontrer si fréquemment chez nos jeunes enfants, fréquence qui s'oppose d'une manière singulière à la rareté insigne des luxations spontanées brusques. Il nous semble juste de signaler en passant que nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer, tant dans nos observations personnelles que dans celles que nous avons pu recueillir dans nos lectures, aucune luxation spontanée survenue chez des anciens luxés congénitaux réduits. Ceci est d'autant plus pour nous étonner que nous avons pu constater la fréquence avec laquelle ces anciens luxés présentent, au niveau de leur squelette articulaire, des lésions tant inflammatoires que plastiques, comme la tuberculose, l'ostéochondrite, l'arthrite chronique, etc...

HISTORIQUE

Depuis longtemps, les luxations spontanées étaient connues. HIPPOCRATE est le premier à les citer ; mais on n'est pas toujours d'accord pour ses théories. D'après les uns, dans *De Articulis*, il admet l'accumulation dans la cavité articulaire d'un liquide qui repousse peu à peu l'os qui s'y loge normalement pour le livrer à l'action musculaire. D'après d'autres, il signale les luxations spontanées et les explique par un amas de mucosités massées dans la jointure (Aphorismes 50 et 60, section VI).

Depuis, les auteurs s'appliquèrent surtout à démontrer le mécanisme. C'est le seul point qui excitait leur curiosité.

Pour ASCLÉPIADE, le Bithynien, il s'agit d'un gonflement inflammatoire des parties molles, d'une tumeur se développant et remplissant peu à peu la cavité articulaire.

GALIEN développe les idées d'HIPPOCRATE ; la cause de la luxation est la distension du ligament rond, par une accumulation surnaturelle d'humidité dans la jointure.

Paul D'EGINE et ORIBASE exposent et commentent les mêmes idées.

Les médecins arabes (ALBUCOSIS) reconnaissent la luxation au vide qui s'observe à l'endroit du déplacement.

AVICENNE croit que la luxation est une production d'origine interne.

Fabrice D'AQUAPENDENTE, en 1628, cite l'humidité de la jointure ayant relâché et distendu les ligaments. Le fémur se déplace spontanément de son propre poids; tantôt une humeur épaisse, concrète, remplit la cavité de réception et en expulse la tête de l'os (de *Torsione Articulorum*).

Puis, au XVIII^e siècle, J.-L. PETIT reprend la question et croit être le premier à en parler lorsqu'il expose, en 1722, à l'Académie des Sciences, ses « Observations anatomiques et pathologiques sur les chutes qui causent une luxation de la cuisse dont les auteurs n'ont point écrit ».

En 1725, ANDRY oppose à la théorie de J.-L. PETIT une théorie nouvelle qui explique la luxation par le développement d'une excroissance, d'une exostose qui chasse la tête du fémur. Cependant, HEISTER, GORTER, VAN SWIETEN se rangèrent à cette époque à l'opinion de J.-L. PETIT qui développa de nouveau ses idées sur les luxations spontanées, en 1741, dans son traité des maladies des os.

SABATIER, DESAUT (1781), BICHAT (1798) ne pensent pas que la théorie de PETIT soit la bonne. D'après BICHAT, la luxation spontanée est due « à un engorgement des cartilages articulaires qui attire et détruit leur organisation, et que la présence de cet engorgement est une manifeste contre-indication de

tout moyen mécanique par lequel on voudrait replacer la tête dans sa cavité. »

Entre temps, VALSAVA, FALLOPE, RUST, avaient émis différentes opinions sur la question.

En 1835, HUMBERT, de Morlaix, parle du traitement de ces luxations.

Enfin, PARISSE est le premier à rendre définitivement scientifique la théorie de Jean-Louis PETIT.

Dix ans plus tard, BONNET fait intervenir l'attitude vicieuse des membres qui amène des déplacements articulaires. LORINSER et HELWIG font paraître en 1853 et 1855 des observations de luxations spontanées survenues au cours de la fièvre typhoïde, de la variole. MALGAIGNE les cite en 1855 dans son traité des fractures et luxations. Puis, GÜTERBOCH en 1874, après une épidémie de fièvre typhoïde à Vienne.

DIDIER, en 1880, fit sa thèse sur les luxations pathologiques consécutives aux arthrites rhumatismales aiguës. Puis, en 1883, VERNEUIL oppose sa théorie nouvelle aux anciennes déjà connues.

Il nous faut aussi citer LANNELONGUE en 1883, FORGUE et MAUBRAC en 1886, SAINTON en 1892, KIRMISSON et ses élèves: KUMMER et DEGEZ en 1898, JOÛON qui, dans sa thèse en 1901 se rallie à l'idée de Jean-Louis PETIT, BROCA.

Nous devons une mention spéciale à la thèse de Nancy d'Auguste ETIENNE (1902), et à celle de DE GAULÉJAC, qui fit une expérimentation très intéressante sur des Lapins.

BROCA, LANCE, OMBRÉDANNE, avec un apport

important, grâce à un examen microscopique très détaillé en 1913.

Puis, la guerre laisse la question un peu à l'écart.

En 1921 et 1922, TRIDON et VIÉ ont communiqué quatre observations à la Société Anatomique de Paris.

Puis FRÆLICH, en 1922, HALLOPEAU, MASSABUAU, VERBOUD, pour arriver enfin à LE FORT qui, en octobre 1928 fit un rapport magistral au Congrès Français d'Orthopédie.

Depuis cette époque il a été cité quelques cas de luxations spontanées, en particulier par DELORME et par BACHMANN et M^{me} LUTIGNEAUX après un cas d'ostéomyélite.

MÉCANISME ET CAUSES PRÉDISPOSANTES

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude de la luxation spontanée brusque de la hanche nous oblige à rappeler d'une façon succincte les différents types classiques et bien connus de luxation de la hanche.

Dans la luxation de la hanche, la tête fémorale n'occupe pas toujours la même position. Il y a différents facteurs qui peuvent influencer sur le lieu d'élection de la tête fémorale.

Jusqu'à BIGELOW, en 1862, on croyait que seul un traumatisme était capable de chasser la tête en dehors de la cavité cotyloïde en déchirant la capsule pour aller se loger en dehors du cotyle. Le ligament rond et le ligament de Bertin peuvent être déchirés, et ce sont eux qui règlent la position de la tête fémorale.

Si le ligament de Bertin est intact, la luxation est dite régulière, et c'est dans cette catégorie que se classent presque toutes les luxations de la hanche.

Nous avons quatre cas possibles pour la luxation régulière :

En arrière de la cavité cotyloïde :

- 1° En haut : luxation iliaque ;
- 2° En bas : luxation ischiatique.

En avant de la cavité cotyloïde :

3° En haut : luxation pubienne ;

4° En bas : luxation obturatrice.

La *luxation iliaque* se produit après le déplacement sous-cotyloïdien de la tête fémorale, lorsque le tendon de l'obturateur interne et la partie postérieure de la capsule ont cédé.

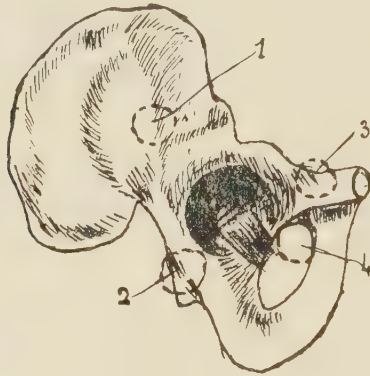


FIG. 1
Schéma des différentes positions de la tête fémorale
dans les luxations de la hanche, dites régulières

La tête fémorale saute le rebord cotyloïdien, et va se loger en arrière et en haut, sur l'aile iliaque. Il peut y avoir une ascension plus ou moins grande de la tête. La cuisse se met en extension, mais reste en rotation interne.

Dans la *luxation ischiatique*, la tête fémorale est projetée en bas et en arrière. Elle prend cette position, lorsque le tendon de l'obturateur interne résiste.

Elle va se placer entre l'épine sciatique et le bord postérieur de la cavité cotyloïde. La cuisse est en flexion et en rotation interne.

Si la tête fémorale est luxée en haut et en avant, et que la lèvre antéro-interne de la capsule soit déchirée, elle va s'arrêter devant la branche horizontale du pubis. Elle regarde en avant, et le bord postérieur du grand trochanter répond à la cavité cotyloïde. La cuisse est en rotation externe, en extension et en abduction. Elle paraît raccourcie. Cette forme s'appelle la *luxation pubienne*.

La quatrième forme est la *luxation obturatrice*, où la tête fémorale est luxée en avant et en bas. Elle s'arrête devant le trou ovale. Elle bute en arrière contre le bord antérieur de la cavité cotyloïdienne, et elle repose sur la face externe de l'obturateur.

Le ligament de Bertin empêchant le col de s'abaisser, maintient la cuisse en flexion, et la capsule intacte la maintient en rotation externe.

Il y a également des luxations irrégulières de la hanche, lorsque le ligament de Bertin est déchiré. Nous ne citerons que pour mémoire les luxations en arrière. La luxation dorsale, avec rotation en dehors et extension; la luxation oblique antérieure, et la luxation sus-épineuse; les luxations en avant: la forme périnéale et la luxation sous-épineuse.

Ces différentes variétés anatomo-pathologiques de luxations de la hanche ayant été rappelées, voyons maintenant parmi ces formes quelles sont celles qui sont les plus fréquemment rencontrées dans la luxation spontanée brusque.

Tout d'abord, nous pouvons éliminer toutes les luxations irrégulières. Nous n'avons en effet jamais rencontré dans les cas rapportés, de luxations de ce genre. Une explication simple nous en est fournie par le fait que la luxation spontanée est toujours due à un traumatisme minime, alors que pour produire une luxation irrégulière, l'arrachement du ligament de Bertin nécessite un traumatisme intense.

Sur les quatre catégories de luxations régulières, il en est une qui est la plus fréquente, dans les luxations spontanées comme dans les luxations traumatiques. En effet, dans 76 % des cas de luxation de la hanche, on rencontre la luxation iliaque, la jambe étant placée le plus souvent en abduction et en rotation interne, la tête fémorale saute au-dessus du rebord cotyloïdien, et vient se placer sur l'aile iliaque. La plupart des auteurs ne lui donnent pas de qualificatif, étant donné que c'est là le cas le plus communément observé.

On ne connaît pas beaucoup de cas de luxation ischiatique.

Les luxations spontanées en avant ne sont pas très nombreuses non plus. Elles sont citées par Gérard MARCHAND, KIRMISSON, LANNELONGUE, JALAGUIER, REVERDIN, BURTZ, de Berlin, PORTAL et DUCROS, STANLEY, BOEKEL, et quelques autres; mais ces auteurs n'ont pas spécifié si la luxation en avant se produit en haut ou en bas.

La luxation obturatrice est rare aussi. On en connaît six ou sept cas: « une luxation soudaine de

la tête du fémur en bas et en avant, vers le trou ovale, au début d'une coxalgie », de JOÜON.

HARTMANN en a publié un autre cas en 1893, luxation obturatrice de la hanche gauche au cours d'une coxite aiguë.

Celui de VON PITHA est assez connu: « En 1864, je fus appelé la nuit auprès d'un enfant de neuf ans qui se plaignait seulement depuis quelques jours d'une légère douleur de la hanche, et boitait un peu, ce dont on n'avait guère tenu compte, l'enfant étant en bonne santé. Le soir, il s'était mis au lit comme d'ordinaire; il dormit tranquillement jusqu'à minuit, quand soudain il s'éveilla en poussant des cris épouvantables. Il avait une luxation obturatrice évidente.... Je remplaçai rapidement le fémur par un facile mouvement d'abduction. La tête du fémur se glissa en claquant dans le cotyle, et les douleurs et tous les symptômes de luxation disparurent en même temps. L'enfant se rendormit, mais, en se retournant le matin dans son lit, il se luxa la cuisse derechef. Nouveaux cris, nouvelle et facile reposition... appareil... à plusieurs mois de là, je revis l'enfant, avec une coxalgie grave qui se termina, après suppuration, par ankylose. »

Il est difficile de préciser si la luxation spontanée brusque de la hanche à une prédilection pour le côté droit ou pour le côté gauche. Les deux semblent être pris également, et il n'y a pas de préférence. On rencontre un certain nombre de cas où il y a une atteinte primitive de l'autre membre, soit une arthrite, soit une ostéomyélite et où la luxation se produit à la hanche du côté sain. Ceci s'explique facilement du

fait que le malade place souvent sa jambe saine sous le membre malade pour le soulager; et la mauvaise position contribue à produire la luxation de la hanche; mais nous y reviendrons plus loin.

Comme nous l'avons vu dans la définition, la forme générale des os est conservée dans la luxation spontanée brusque. Mais, comme ces luxations s'observent au cours ou à la suite d'affections diverses, il nous paraît plus logique de les diviser en deux catégories :

les *luxations de la coxalgie*

et les *luxations non coxalgiques*.

LES LUXATIONS DE LA COXALGIE

Les luxations spontanées au cours de la coxalgie sont les plus fréquentes; elles sont aussi les mieux connues et les plus faciles à reconnaître. Bien étudiées par KIRMISSON et ses élèves, elles avaient été entrevues par VON PITHA qui en avait publié un cas en 1868. Dans un travail d'ensemble paru en 1901, JOÜON en a fixé les caractères: « Elles sont éminemment précoces, soudaines et spontanées; de plus, ce sont des luxations vraies, qui, par conséquent, se réduisent facilement dès qu'elles sont reconnues. » En effet, on a cru voir au cours de la coxalgie des luxations spontanées qui n'étaient que des pseudo-luxations, dues à des fractures osseuses. C'est pourquoi le malade doit être sérieusement examiné avant que le diagnostic sûr ne soit établi. Pour le faire, nous avons l'examen direct, la radiographie et les constatations cliniques.

On a rarement l'occasion de faire un *examen direct* et précoce de la luxation spontanée de la hanche. Le traitement sanglant immédiat a été rarement pratiqué, et par suite, on ne possède que fort peu de constatations anatomiques précoces concernant les lésions articulaires et osseuses.

Il est donc fort intéressant de rappeler ici les différentes constatations pratiquées au cours de repositions sanglantes ou d'autopsies effectuées peu de temps après l'apparition de la luxation.

OMBRÉDANNE a pratiqué une autopsie chez un enfant de sept ans, mort quelques jours après l'apparition d'une luxation soudaine par coxalgie. Il ne constate pas d'épanchement de liquide à l'intérieur de l'articulation. Les os ont conservé leur forme; il n'y a qu'un petit foyer de tuberculose intra-osseuse, siégeant à la partie inférieure de la tête, juste sur le cartilage de conjugaison. Le sourcil cotyloïdien a conservé sa netteté. La partie inférieure du cotyle, le bord inférieur du col, et la partie supérieure de la diaphyse sont recouverts par une masse de fongosités qui remplit le cotyle déserté par la tête fémorale. Le bord inférieur de la capsule est englobé dans la masse de fongosités.

HALLOPEAU constate, dans un autre cas: « Que ce sont les fongosités qui expulsent la tête avant toute altération osseuse. »

LE FORT, dans son rapport au Congrès d'Orthopédie de 1928 nous relate, dans une de ses observations, les constatations qu'il a faites au cours d'une arthrotomie pour luxation spontanée de la hanche, au

début d'une coxalgie: « La tête fémorale et le cotyle ont gardé une intégrité presque complète »; mais il cite l'existence d'un champignon de fongosités du volume d'une grosse noix remplissant la cavité, et s'étant greffé sur l'insertion du ligament rond; la réduction se fit facilement après exérèse de la masse fongueuse.

KÆNIG, dans son livre: « *La tuberculose des os et des articulations* », nous cite plusieurs observations où la cavité cotyloïde est remplie également de fongosités.

Dans une observation de notre maître, le Professeur FRÆLICH, rapportée du reste dans la thèse de VAUTIER, en 1911, la capsule ouverte, lors d'une arthrotomie, trois mois et demi après la luxation, laisse échapper des fongosités caractéristiques de tuberculose; mais la tête fémorale porte à ce moment des érosions. DUCROQUET, dans une observation de luxation spontanée chez un enfant de quatre ans et demi atteint de coxalgie depuis quatre mois, pratique une autopsie: « La tête fémorale est complètement sortie du cotyle, repoussée en dehors par un magma ayant la consistance et l'aspect d'un mastic peu résistant. La tête et le cotyle, recouverts de cartilage, semblaient intacts, mais la section longitudinale du col montrait une infiltration tuberculeuse de toute cette partie. »

Dans un autre cas, il note la disparition du bourrelet cotyloïdien dans sa partie supérieure.

Il nous semble donc que, dans ces cas de luxation

au cours de la coxalgie, la cavité cotyloïde est souvent remplie par des productions pathologiques.

Nous verrons dans le mécanisme si ce sont ces fongosités qui chassent la tête ou si elles se produisent après la luxation.

La *radiographie* nous est d'un grand secours dans les luxations spontanées au cours de la coxalgie. En effet, grâce aux constatations que nous pouvons faire sur les clichés, nous voyons quels sont les rapports respectifs de la tête fémorale et de l'os coxal. Nous pouvons surtout nous rendre compte de l'état du squelette, et apprécier le degré d'intégrité ou d'altération des extrémités osseuses.

Parmi ces lésions, la décalcification a été constatée fréquemment. NOVÉ-JOSSERAND et PERRIN la constatent dans quatre cas sur cinq, et elle est aussi signalée dans les observations de TRIDON, de MASSABUAU, MILHAUD et GUIBAL. Parfois, elle est irrégulière (TRIDON et VIÉ), d'autres fois, étendue à toute la hanche (MASSABUAU, GUIBAL et BRÉMOND, LANCE).

JOÛON rapporte un cas où il a relevé un manque de netteté des contours. En général, la radiographie ne permet pas d'apprécier les lésions des parties molles, sauf dans les cas de gros abcès.

L'examen radiologique nous fournit donc deux sortes de renseignements : tout d'abord, il nous permet de vérifier l'existence de la luxation ; d'autre part, il nous donne des données plutôt négatives : intégrité plus ou moins complète des extrémités osseuses

qui ne présentent en somme qu'une décalcification globale sans signe caractéristique lésionnel.

Les *constatations cliniques* nous apportent des renseignements complémentaires sur les lésions qui accompagnent la luxation. On peut tout d'abord sentir la tête fémorale qui est sortie de la cavité cotyloïde, et la saillie du grand trochanter qui n'est plus à sa place habituelle. Nous pouvons aussi constater l'altération du cartilage par des frottements râpeux, lorsqu'on fait mouvoir la tête du fémur sur l'os iliaque. Ces faits sont cités par LANCE et KIRMISSON.

C'est en particulier au cours de la réduction de ces luxations que les faits cliniques sont intéressants. On cite, dans beaucoup d'observations, un certain ressaut au moment où la tête fémorale réintègre la cavité, et on perçoit même parfois un claquement osseux, comme on peut l'entendre à la réduction des luxations congénitales.

Dans d'autres cas, au contraire, la tête revient à sa position primitive avec beaucoup de douceur, et elle glisse comme si elle rencontrait un obstacle mou.

Les reluxations sont assez fréquentes, qu'elles soient spontanées, tel le cas de VON PITHA ou ceux de LE GUICHAOUA, GAUDIER, TRIDON. LANCE en cite un cas survenu huit jours après la réduction. Dans d'autres cas, elle se produit si on cesse la traction (TRIDON) ou si on laisse se produire l'abduction (LANCE).

D'après de nombreuses observations, il nous semble bien que la luxation se produise plutôt au début de la coxalgie. BLASIUS, BERGER, BROCA, FRÆLICH,

JOÏON, KIRMISSON, LANCE, OMBRÉDANNE, TRIDON, VAUTIER et d'autres, les spécifient dans leurs observations.

D'autres auteurs, tels que BERTEIN, CABOCHE, HENDRIX, LE GUICHIAOUA, LEHRNBECHER, NOVÉ-JOSSERAND, SAINT-AGNÈS, en citent des cas au cours de la coxalgie.

On peut aussi voir apparaître des abcès après la luxation, et ils sont souvent des suites défavorables à la guérison de la coxalgie, plus que de la luxation.

Certains malades ayant eu des luxations au cours de la coxalgie ont succombé, tels les cas de NOVÉ-JOSSERAND et PERRIN, un cas de LE FORT; d'autres ont subi des resections; d'autres n'ont pas été traités parce qu'ils ont été vus trop longtemps après la luxation, et qu'une ankylose s'était produite.

Il semble bien, d'après cette étude, que la luxation spontanée n'influe en rien sur le résultat de la coxalgie. Elle se produit plus particulièrement au début et dans les cas peu graves; et que la luxation soit réduite ou non, la coxalgie suit son cours sans être influencée par les manœuvres qu'on peut tenter.

LES LUXATIONS NON COXALGIQUES

Tout d'abord, nous pourrions parler des luxations dues aux arthrites des nourrissons; mais elles surviennent le plus souvent après la destruction partielle ou complète de la tête fémorale, et ne rentrent pas dans le cadre de notre sujet.

Elles seraient donc plutôt des pseudo-luxations, quoique RÆDERER, BENOISTE PILLOIRE ou M^{lle} DELPECH les interprètent d'une façon différente. On peut aussi observer des luxations tardives longtemps après les arthrites des nourrissons. Elles seraient consécutives à un arrêt de croissance du cotyle qui ne serait plus assez vaste pour loger la tête fémorale.

Dans le cadre des luxations spontanées non coxalgiques, il nous semble nécessaire de pratiquer une nouvelle distinction entre les luxations très spéciales, dues à l'ostéomyélite de la hanche d'une part, et celles consécutives aux maladies infectieuses d'autre part.

Luxations spontanées de l'Ostéomyélite

En 1899, BRUNS et HONSELL montrent qu'il n'y a pas que des pseudo-luxations dans l'ostéomyélite, contrairement à ce que l'on croyait jusqu'à cette époque. En effet, jusqu'à cette date, on avait étiqueté sous le nom de pseudo-luxations toutes les luxations de l'ostéomyélite, et toutes les luxations au cours des arthrites des maladies aiguës portaient le nom de luxations simples.

Il existe des luxations simples, et des pseudo-luxations dans les deux cas.

Les luxations de l'ostéomyélite sont assez fréquentes; on les rencontre dans 23 % des cas de luxations spontanées. Les examens directs sont plus fréquents au cours de l'ostéomyélite.

HALLOPEAU, au cours d'une opération pratiquée chez un enfant de sept ans pour une luxation spon-

tanée de la hanche, d'origine ostéomyélitique, a constaté :

la présence d'une petite quantité de liquide séropurulent dans l'articulation,

l'intégrité de la tête fémorale recouverte d'un cartilage intact,

la cavité cotyloïde est tapissée par un exsudat fibrineux très dur, et épais, de six à huit millimètres. Il peut être enlevé facilement, et aussitôt après, la luxation est réduite sans difficultés,

il n'y avait pas de relâchement capsulaire et les ligament étaient intacts,

l'ostéomyélite siégeait au niveau du cal, et dans la suite, la tête fit partie d'un séquestre qu'il fallut enlever.

BECKER, en voulant réduire une luxation spontanée de la hanche, sépare la tête du col. L'arthrotomie lui a permis de constater deux petits foyers, l'un dans le cotyle (partie postérieure et inférieure), l'autre sur le col, près du cartilage de conjugaison. Un malade de DELFINO est opéré par le Professeur CARLE, moins d'un mois après l'apparition de la luxation. On constate à ce moment des lésions d'ostéomyélite suppurée de l'os iliaque, en dehors de l'articulation. La capsule, un peu étendue, est ouverte, et laisse écouler un liquide légèrement trouble. Le cotyle est vide, régulier, ainsi que le bourrelet cotyloïdien : la tête fémorale ne présente que de légères érosions de son cartilage.

HONSELL, dans son observation XV, a pratiqué une autopsie le lendemain du jour de production d'une

luxation. Il s'agissait d'un garçon de seize ans, atteint depuis six semaines d'une ostéomyélite staphylococcique à foyers multiples. L'apparition d'une luxation spontanée de la hanche fut suivie de mort. A l'autopsie, on constate que les os avaient conservé leur forme générale, malgré les lésions très graves. L'épiphyse du fémur, luxé, est trouée et n'est plus rattachée à la diaphyse que par son bord; le cartilage est détruit, et il existe des foyers superficiels dans l'épiphyse; le cotyle est rempli de granulations; il y a beaucoup d'abcès périphériques.

KÖENIG a rapporté deux cas où l'arthrotomie avait été pratiquée. Dans une observation, la luxation est survenue chez un garçon de douze ans, alors qu'il se trouvait dans son lit. Il était couché pour une nécrose du calcanéum droit et de la rotule gauche. A l'opération, le cartilage est normal, mais on aperçoit plusieurs petits foyers dans le col du fémur; la cavité cotyloïde est remplie de fongosités. Après avoir pratiqué la resection de la tête, on trouve un grand foyer avec embranchements, contenant de petits séquestres placés le long des joints cartilagineux d'où émanent aussi les fongosités remplissant la cavité. Dans une autre observation, la luxation est apparue chez un garçon de quatorze ans, après une ostéomyélite aiguë, déjà ancienne, de l'os iliaque, et une ostéomyélite d'une phalange de la main. A l'opération, la tête est presque normale, mais la cavité est remplie d'amas de fongosités et de petits séquestres.

Dans une observation de MASSABUAU, GUIBAL et LAUX, il s'agit d'une luxation spontanée de la hanche

au cours d'une ostéomyélite de la fosse iliaque interne, avec psoïtis.

En pratiquant l'intervention chirurgicale, ils arrivent sur un abcès de la fosse iliaque externe qui communique avec un abcès de la cavité pelvienne par un orifice qu'ils agrandissent à la gouge; ils retirent des petits séquestres et des fragments d'os. Ils constatent l'existence d'une luxation iliaque facilement réductible. L'enfant meurt six semaines plus tard. La bourse séreuse du psoas incisée laisse écouler une grande quantité de pus qui provient de l'articulation. Il y a une zone d'ostéite très marquée au niveau de la fosse iliaque interne, et une nécrose osseuse sur les bords de l'échancrure sciatique. La synoviale articulaire est colorée en rouge. Le ligament rond a été sectionné; il n'y a pas de point d'ostéite au niveau de la tête du fémur ni au fond du cotyle.

Enfin, dans un cas plus récent, publié par LE FORT, il s'agit d'une luxation spontanée de la hanche survenue chez un enfant de neuf ans au cours d'un accès très aigu d'ostéomyélite du bassin. La luxation est réduite aussitôt son apparition; l'enfant meurt dix-huit jours plus tard et l'autopsie est pratiquée. On constate que le cartilage en « Y » est disjoint, le ligament rond n'existe plus. Les os ne présentent pas de déformation et le bourrelet cotyloïdien est intact. La capsule articulaire est déchirée en deux endroits et contient du pus.

*Luxations spontanées au cours des maladies
infectieuses aiguës
(en dehors de l'ostéomyélite)*

En ce qui concerne les luxations dues à des arthrites successives au cours des maladies aiguës, il est très rare qu'on puisse pratiquer des examens directs. Les formes cliniques sont moins graves et on peut presque toujours réduire la luxation sans être obligé d'employer la méthode sanglante. D'autre part, les autopsies sont exceptionnelles dans ces cas de luxation. Il a été pratiqué quelquefois des incisions pour évacuer le pus de certaines arthrites de la hanche au cours de ces luxations spontanées.

Ainsi, dans un cas publié en 1902 par BROCA, DELANGLADE et BARBARIN, chez une fillette de quatre ans et demi, atteinte depuis quinze jours d'une arthrite pneumococcique de la hanche droite, on a constaté qu'au cours de l'arthrotomie pour évacuation du pus et pour réduction de la luxation, que la tête fémorale est toujours garnie de son cartilage, et qu'il n'y a pas de dénudation osseuse ni sur la tête, ni sur le cotyle. L'analyse du pus révèle du pneumocoque en assez grande quantité.

Dans une observation d'ARDISSON et TÉDENAT, on note les constatations faites au cours de l'autopsie d'une jeune femme de dix-huit ans, morte d'infection puerpérale neuf jours après la luxation: il y a de l'œdème inflammatoire sans pus, autour de l'articulation; la capsule est ramollie et rougeâtre; le ligament rond est friable, traversé de stries purulentes et de

points hémorragiques. Les soudures en « Y » sont relâchées, mobiles et infiltrées de pus.

Dans les luxations spontanées non coxalgiques, la *radiographie* nous permet, ici encore, de séparer la luxation simple de la pseudo-luxation. Ici, nous pouvons aussi constater avant tout, l'existence de la luxation et cet examen est aussi très utile pendant et après la réduction.

Mais, malheureusement, l'examen radiologique ne nous renseigne pas sur les lésions des parties molles; les abcès profonds ne sont pas toujours visibles sur les clichés. C'est surtout dans l'ostéomyélite qu'on peut se rendre compte de l'état des os et de la gravité des lésions.

LE FORT a constaté à la radiographie l'envahissement de l'articulation luxée par une masse gazeuse.

ARDISSON y a découvert une lésion du fond du cotyle; LE FORT, DELFINO, des lésions du cotyle, et HALLOPEAU une atteinte du col du fémur.

Les données cliniques

On peut quelquefois reconnaître les modifications de la forme des os à travers les téguments. La saillie anormale du grand trochanter peut déceler une luxation de la hanche. Certains médecins ont reconnu l'empâtement de la paroi pelvienne ou l'épaississement de l'os iliaque, tels que MASSABUAU, GUIBAL et LAUX, pour une ostéomyélite, et SALMAN dans une scarlatine.

On peut constater le dépoli des articulations, grâce aux craquements et frottements de la hanche.

Ils ont été notés par CHAMPENOIS, EISENDRATH, HELLWIG, LORINSER, PAYR, PESCHTIES, PHOCAS, RUCH.

Au cours de la réduction, certains ont signalé, tel BROWN, l'impression qu'ils avaient de sentir la tête fémorale buter contre une masse située dans le cotyle, ce qui indique des fongosités accumulées.

Dans le cas de SAINTON-KIRMISSON: « On aurait cru que la tête fémorale rentrait dans de la cire ou dans du beurre. »

Dans d'autres cas, la tête peut être ramenée en face de la cavité cotyloïde, mais ne peut y rentrer (FLAMANT-KIRMISSON, HALL, CAYRE).

KÆNIG avait constaté le même phénomène à la réduction, mais au cours d'une résection, il pu vérifier que la cavité cotyloïdienne était remplie de fongosités.

DEVILLERS, dans un cas de luxation chez un typhique convalescent a perçu le sifflement de l'air rentrant dans le cotyle au moment où la luxation s'est produite. Des escharres très profondes avaient ouvert l'articulation. La luxation se produisit au moment où on soulevait le malade dans son lit, le plus doucement possible. La mort survient deux jours plus tard. Ce cas nous semble unique.

Dans la plupart des arthrites, le liquide articulaire est modifié, soit dans sa quantité, soit dans sa qualité.

Mais les ponctions articulaires ont été assez rarement pratiquées. Le liquide a été retiré quelquefois en grande quantité; d'autres fois, il y en a peu, mais il est séro-purulent (LE FORT, BRANDES), ou citrin (P. MATHIEU et WILMOTH, luxation consécutive à

une ostéomyélite aiguë du grand trochanter), WIDAL (blennorragie) trouve un liquide épais, rougeâtre, et KAREWSKI (scarlatine) un liquide transparent.

KAUFMANN pense que les arthrites purulentes se produiraient après les maladies aiguës : la variole, la morve, la pyohémie, la fièvre puerpérale, les arthrites séreuses après la dysenterie et la malaria, tandis que la fièvre typhoïde, la scarlatine, la pneumonie, la blennorragie, la diphthérie, la rougeole, les parotidites et l'érysipèle détermineraient, suivant les cas, des arthrites séreuses ou purulentes.

Mais ce qui est le plus intéressant c'est l'*examen bactériologique* des différents exsudats retirés au cours des luxations.

HONSELL, P. MATHIEU et WILMOTH ont trouvé du staphylocoque, LE FORT et KLEMM du streptocoque; BROCA-DELANGLADE et BARBARIN du pneumocoque; MASSABUAU, GUIBAL et LAUX des cocci en chaînette à Gram Négatif (streptocoque et entérocoque).

Dans une luxation ancienne, d'origine typhique, GRAFF-SCHELDE a vu survenir un abcès contenant du staphylocoque et du bacille d'Eberth.

En ce qui concerne le squelette, il est assez difficile de se rendre compte de l'état des os, juste au moment de la luxation. On examine plus souvent l'articulation quelques semaines ou quelques mois après la production de la lésion. Dans certains cas, assez rares d'ailleurs, on a trouvé une intégrité complète des surfaces osseuses pour des lésions déjà fort anciennes.

BECKER-PESCHTIES, après une réduction tardive,

notent à l'examen radiologique, l'état normal des surfaces osseuses.

BRUNS et HONSELL n'ont trouvé aucune anomalie de la forme des os. Après une luxation d'origine ostéomyélitique, WIETING ne trouve pas de lésion osseuse, si ce n'est l'obliquité du toit du cotyle.

LÜCKE constate l'intégrité quatre mois après une luxation, et EISENDRATH six mois après.

ADAMS (rhumatisme articulaire aigu) trouve les os sains.

De même, dans les luxations consécutives aux maladies aiguës, les os ne sont pas lésés.

Cependant, des altérations du cotyle ont été trouvées par VON PITHA (ostéomyélite); BONNET-DIDIER (arthrite puerpérale); LORINSER (variole); LAGRANGE (scarlatine); DEGEZ (scarlatine: une ulcération de la partie postérieure et supérieure de la cavité cotyloïde); BAWIERA (gonococcie). Le plus souvent, il s'agit d'un aplatissement du toit du cotyle.

FLAMENT, par des radiographies successives, a vu la cavité cotyloïde s'agrandir dans une arthrite à pneumocoques.

MUCCI (fièvre typhoïde), et BERTELSMANN (scarlatine) ont constaté des cas à peu près analogues. GRAFF a noté surtout l'inclinaison du toit du cotyle.

BRUNS et HONSELL, PAYR, GRAFF, GAYET, MUCCI ont noté l'existence d'un néo-cotyle.

Les lésions de la tête fémorale sont encore plus fréquentes. A la radiographie, DEGEZ, dans un cas de scarlatine, note une diminution de volume et une usure de la tête. STANNSFIELD COLLIER, son aplatis-

sement et l'inflexion du col; DE GAULÉJAC et NOVÉ-JOSSERAND ont remarqué l'atrophie de la tête. BRUNS et HONSELL signalent des déformations, ainsi que BERTELSMANN. Au cours d'une opération, KAREWSKI (blennorrhagie) trouve la tête irrégulière, usée, et entamée d'ostéophytes.

On retrouve à peu près les mêmes déformations au cours des autopsies de VON PITHA et de GAYET.

Les os sont aussi modifiés dans leur structure et dans leur résistance. LE FORT dit dans une de ses observations que « la tête fémorale s'écrase sous la pression des pouces ». Il y a des fractures assez fréquentes au cours des réductions CORRET (scarlatine), ce qui nous prouve une fragilité osseuse due à la rarefaction calcique.

Les *cartilages de revêtement* sont beaucoup plus souvent atteints que les os. Cependant, RUCH (fièvre typhoïde), LORINSER (variole), RAWDAN (fièvre typhoïde), BROCA, DELANGLADE et BARBARIN (pneumonie) les trouvent intacts. VON PITHA, RUCH, LÜCKE, EISENDRATH, les trouvent dépolis et érodés, et BONNET-DIDIER, KAREWSKI, PAYR, BRÜNING, signalent leur disparition.

Dans une observation de BONNET-FOCACHON-DIDIER, d'une luxation de la hanche survenue au quatrième mois de la grossesse, au cours d'une crise de rhumatisme, on lit qu'à l'autopsie: « tous les cartilages de la cavité cotyloïde étaient absorbés, ainsi que ceux de la tête du fémur; le *fibro-cartilage* et le rebord osseux étaient ulcérés en haut en en dehors. »

Les *altérations ligamentaires* consistent en un relâ-

chement des ligaments; mais il assez rarement observé. VON PITHA et PAYR ont noté la disparition du ligament rond; KAKEWSKI-KUMMER n'en retrouvent qu'un petit morceau, BONNET-DIDIER l'ont vu déchiré à son insertion sur la tête; ARDISON-TÉDENAT le trouvent friable; KUMMER et STANLEY citent son élongation.

C'est la capsule articulaire qui subit les plus grosses modifications. On la trouve souvent épaissie, ramollie et distendue, coiffant la tête fémorale luxée (STANNFIELD COLLIER, KUMMER). VON PITHA la trouve distendue et amincie, sans exsudat ni injection. LORINSER, dans un cas de luxation consécutive à la variole trouve: « la tête fémorale solidement maintenue par la capsule, attirée en haut; la partie inférieure du manchon articulaire étant épaissie et imbibée ».

Dans un autre cas, KÜMMER note la disparition presque totale de la capsule.

D'autres fois, elle est déchirée au passage de la tête (BONNET-DIDIER, ADAMS). DOLBEAU et FORNACHON voient un cas analogue: « la capsule est complètement déchirée en haut et en arrière, c'est-à-dire dans la partie qui avait livré passage à la tête de l'os. »

RUCH et EISENDRATH n'en trouvent que des vestiges.

D'autres la voient ramollie, fongueuse (BONNET-DIDIER, ARDISON-TÉDENAT).

Les *lésions synoviales* portent sur les modifications du liquide, et sur les corps étrangers, situés dans la cavité cotyloïde. La présence et l'abondance du liquide

accumulé dans l'articulation n'est en général pas constaté au moment de la production de la luxation, et on ne peut affirmer, comme J.-L. PETIT, que dans toute luxation spontanée il y a une grosse quantité de liquide séreux. Il émettait une hypothèse, mais ne l'a pas vérifiée sur des malades.

VON PITHA note l'absence de tout exsudat, LORINSER trouve à l'autopsie du liquide séreux et des membranes.

En général, dans la fièvre typhoïde, le contenu de la cavité articulaire est séreux, quoique WEIL et VÆL-KEL aient trouvé des arthrites purulentes. La scarlatine s'accompagne volontiers d'arthrites purulentes.

Au point de vue corps étrangers dans la cavité cotyloïde on trouve surtout des néoformations, soit du tissu fibreux ou conjonctif, comme dans les observations de KAREWSKI, KAREWSKI-KUMMER, EISENDRATH, BRÜNING.

Dans les cas anciens, le cotyle est quelquefois rempli de masses très dures, de consistance osseuse, difficiles à détacher, et qu'on doit extraire à la gouge. Plusieurs cas ont été signalés par GRAFF, LAGRANGE, PAYR, SCHLAAF.

De ce long exposé anatomo-pathologique, que nous avons cru nécessaire de rappeler, des faits importants se dégagent.

Tout d'abord, c'est l'intégrité à peu près absolue du squelette, à part quelques altérations minimales, comme l'ovalisation du cotyle, le dépoli des surfaces articulaires, quelques foyers de nécrose osseuse, por-

tant soit sur la tête du fémur, soit sur la cavité cotyloïde.

Par contre, on constate d'autres lésions articulaires importantes, et qui souvent jouent un rôle considérable dans le mécanisme de production de la luxation : c'est tout d'abord le relâchement des ligaments de la capsule, avec destruction ou altération très marquée, et constante, du ligament rond. Ensuite, c'est la présence dans tous les cas, de liquide intra-articulaire modifié dans sa quantité qui devient parfois considérable, ou dans sa qualité, variant du liquide citrin et séreux, aux formes franchement purulentes.

La présence de fongosités est souvent citée ; mais il semble, à la lecture des observations, qu'elle est constatée longtemps après l'apparition de la luxation. Dès lors, on est en droit de se demander si c'est la désertion de la cavité cotyloïde par la tête qui favorise le développement de ces fongosités, plutôt que la raison inverse : propulsion de la tête hors de la cavité par la présence de ces néoformations.

Le mode de production de ces luxations a toujours soulevé de nombreuses discussions, et a donné naissance à de nombreuses théories explicatives. En effet, une donnée clinique fondamentale de ce genre d'affection semble à tout le moins paradoxale : c'est le caractère brusque d'apparition de cette luxation qui ne s'accompagne par suite d'aucune lésion osseuse accentuée.

Autant, en effet, il est simple d'expliquer le mécanisme des pseudo-luxations, qui, elles, s'accompagnent de destructions osseuses toujours accentuées,

autant il est difficile d'expliquer celui des luxations soudaines.

Reprenons donc rapidement l'étude des principales théories qui restent attachées à ce chapitre de la pathologie.

Bien qu'il soit difficile de dire où débute l'histoire de pareille affection, on peut citer l'explication donnée par ASCLEPIADE le Bithinien qui, lui pensait au développement d'une tumeur intra-articulaire dont l'accroissement en volume provoquerait l'écartement des extrémités osseuses normalement en contact.

Il faut en arriver au XVII^e siècle, avec GORTER et ANDRY pour voir apparaître une nouvelle explication : celle de l'exostose proliférante.

Vers la même époque, VALSALVA, PORTAL et FALLOPE pensent que, dans certains cas, la prolifération du tissu cellulo-adipeux de l'arrière-fond de la cavité cotyloïde peut chasser la tête fémorale de cette cavité.

Nous arrivons ensuite aux théories encore classiques de nos jours, en particulier celles de Jean-Louis PETIT, de VERNEUIL, dont l'énoncé nous retiendra plus longuement.

THÉORIE DE J.-L. PETIT, OU THÉORIE DE L'HYDARTHROSE

Cette théorie remonte à HIPPOCRATE; mais c'est en 1772 que PETIT la fait sienne, et la défend très brillamment. Il admet alors qu'un traumatisme, ou que certaines maladies sont capables de provoquer la

formation d'une grande quantité de liquide articulaire.

« Cette synovie qui n'est plus dissipée par les mouvements de la jointure, augmentera de plus en plus, et arrivera à chasser la tête du fémur avec d'autant plus de facilité qu'ayant relâché les ligaments, elle les met hors d'état de résister. »

Cette hypothèse est bientôt attaquée par BOYER qui prétend que l'accumulation de liquide dans l'articulation coxo-fémorale, loin d'éloigner les os, tend au contraire à les rapprocher.

La théorie de J.-L. PETIT est reprise par PARISSE, en 1842. Il dit que, pour que la luxation spontanée se produise, il faut deux conditions :

1° « Que la tête de l'os soit éloignée du fond de la cavité cotyloïde, assez pour que son sommet réponde au niveau du bourrelet cotyloïdien. »

2° « Que le fémur ainsi repoussé soit entraîné en arrière et en haut dans une position fixe.

« De là deux périodes distinctes et successives dans la luxation spontanée : dans la première, le fémur est chassé en dehors et en bas ; dans la seconde, il est porté en haut et en arrière. Dans la première, il obéit à l'action prédominante du liquide ; dans la seconde, à l'action prédominante des muscles. »

D'après PARISSE, l'écartement des surfaces articulaires se ferait mécaniquement sous l'influence de la quantité de sérosité toujours croissante, et, une fois l'écartement produit, une contraction musculaire suffirait à faire sortir la tête de la cavité cotyloïde.

KAREWSKI se rattache à la même idée primitive due à la grande quantité de liquide qui laisse la tête dans une position intermédiaire. Le second temps serait dû à un mouvement subit, violent et imprévu de la hanche.

En 1898, CABOCHE affirme que l'hyarthrose écartait les surfaces articulaires parce qu'elle supprimait le vide.

Mais si le liquide tend à chasser la tête fémorale hors de la cavité cotyloïde, elle est néanmoins maintenue par la capsule articulaire, par les ligaments, et surtout par le ligament rond.

Contrairement à l'hypothèse de BOYER qui prétend que l'accumulation de liquide tend à rapprocher les extrémités articulaires, il nous semble que la quantité de liquide augmentant, la densité diminue, et le pouvoir attractif décroît en raison inverse de l'augmentation de liquide.

DE GAULÉJAC l'a du reste prouvé expérimentalement. Le liquide articulaire, en augmentant de volume distend la capsule et étire les ligaments. Cependant, il nous semble impossible que le liquide seul puisse chasser la tête fémorale de la cavité cotyloïde. Cette hypothèse s'explique plutôt par une atteinte de la capsule, des ligaments et en particulier du ligament rond qui est très allongé et souvent déchiré. Mais le cotyle et le bourrelet cotyloïdien sont aussi lésés. On voit le bord du cotyle prendre une direction oblique qui ne lui est pas habituelle, et le bourrelet souvent se rétrécit et s'aplatit, ce qui facilite beaucoup le passage de la tête fémorale.

Il nous semble bien que l'hydarthrose puisse agir en faveur de la luxation, mais pas seule. Elle prépare le terrain en ramollissant, en distendant la capsule, en relâchant les ligaments, et détruit l'adhésion des surfaces articulaires.

THÉORIE DE VERNEUIL OU DE L'ACTION MUSCULAIRE

Cette théorie ne remonte qu'à 1883, où VERNEUIL présenta, le 31 octobre, à la Société de Chirurgie, sa théorie de l'action musculaire.

« Par suite de la flexion de la cuisse, avec adduction et rotation en dedans, le cotyle ne met plus obstacle à l'issue de la tête. La capsule et les muscles fessiers seuls opposent une barrière à cette issue. Mais la capsule se ramollit et se distend, les muscles affaiblis cèdent à leur tour ; la tête du fémur, poussée en arrière par les adducteurs et le couturier, ne rencontrant plus devant elle de résistance assez forte, passe par dessus le rebord cotyloïde et se porte dans la fosse iliaque. »

VERNEUIL conclut que « le ramollissement des surfaces osseuses, l'élongation de la capsule et des ligaments, l'atrophie et la parésie de certains muscles, tandis que les muscles opposés se contractent, et plus tard se contracturent, sont les causes prédisposantes de la luxation spontanée... ». « Mais la seule cause déterminante du déplacement, est la contraction musculaire, en sorte que celle-ci fait partie à la fois des

deux sortes de causes prédisposantes et déterminantes que nous admettons. »

Une telle théorie admet que la lésion est uniquement musculaire, et qu'elle se limite à un seul groupe de muscles, qui a une action tout à fait nulle lorsque le groupe opposé, resté sain, se contracture.

D'après VERNEUIL, la théorie musculaire s'appliquerait à la luxation iliaque, puisqu'il dit que la cuisse est en flexion, adduction et rotation interne. Mais il est des cas où on retrouve les mêmes lésions musculaires, mais où la luxation a été obturatrice ou pubienne.

HARTMANN cite une observation de luxation obturatrice au cours d'une poussée de rhumatisme articulaire aigu généralisé, où il existait très nettement une parésie et une atrophie du grand et du petit fessiers; l'atrophie de ces deux muscles n'a pu en aucune façon favoriser la luxation en avant.

Mais, dans les observations, où on note l'atrophie musculaire, elle porte presque toujours sur tous les muscles de la cuisse, avec une intensité à peu près égale.

D'autre part, pour accepter la théorie de Verneuil, il faut admettre que le membre était en attitude vicieuse au moment de la luxation.

THÉORIE DE FORGUE ET MAUBRAC OU RÔLE DU TRAUMATISME

Devant l'instabilité des modifications musculaires, FORGUE et MAUBRAC ont rejeté la théorie de Verneuil

et ont créé de toute pièce une théorie éclectique. Ils reconnaissent comme causes prédisposantes : l'hydarthrose, la faiblesse des ligaments, et l'attitude vicieuse qui, sous l'influence de pressions répétées, exercées par les extrémités articulaires, produisent une distension de la capsule. Mais la cause déterminante est un traumatisme ou une contraction musculaire.

Cette théorie s'explique assez bien, à condition que le relâchement articulaire soit très grand. En effet, si du liquide distend la capsule, si les ligaments s'étendent très facilement, si les muscles sont atrophiés, ou relâchés, le fémur forme un bras de levier très grand par rapport à la petite longueur de la tête fémorale, et le moindre choc peut provoquer la luxation. Mais, le relâchement articulaire est rarement aussi complet, même chez l'enfant, et en plus, la tête n'est pas tellement au large dans la cavité cotyloïde normale. Ceci ne s'explique que si le sourcil cotyloïdien est évasé en plus des lésions décrites plus haut.

Cette théorie explique les luxations qui se sont produites chez des malades couchés, et qu'on remue dans leur lit, ou qui se cognent la jambe contre le pied du lit.

Dans un cas de BROCA, une fillette se trouve en voiture, et un cahot la projette sur le strapontin où son genou porte violemment. La luxation se produit à ce moment même. On pourrait en citer pas mal d'autres cas.

Cette théorie ne doit pas être confondue avec le rôle du traumatisme qui aurait déterminé l'arthrite. En effet, presque tous les malades atteints d'arthrite,

de quelque ordre qu'elle soit, la font remonter au traumatisme primitif. Le traumatisme peut localiser une arthrite. On a du reste beaucoup écrit et beaucoup expérimenté à ce sujet.

THÉORIE DE L'ATTITUDE VICIEUSE

Si FORGUE et MAUBRAC avaient admis la position vicieuse comme une cause prédisposante, KIRMISSON la considère comme une cause déterminante de la luxation spontanée de la hanche.

« C'est l'attitude vicieuse des membres, dont l'articulation est lésée, qui produit, par compression, et sous l'action de l'hydarthrose, les luxations pathologiques de la hanche, obturatrices et iliaques. »

En 1891, HARTMANN soutient que la luxation iliaque obéit à la loi de Verneuil; mais que la luxation ischiatique obéit à la théorie de l'attitude vicieuse.

Il nous paraît impossible d'avoir des processus si différents pour des lésions à peu près analogues.

PAHR explique la production de la luxation par une simple dislocation. Il se produirait un élargissement de la capsule et les ligaments se relâcheraient sous la poussée de l'exsudat inflammatoire.

GRAFF fait intervenir les modifications de forme du sourcil cotyloïdien qui s'évase et dont l'obliquité, surtout à la partie supérieure, permet la sortie de la tête fémorale hors du cotyle.

DE GAULÉJAC s'appuie sur l'inflammation articulaire, qui agit sur l'appareil ligamentaire et sur le

fibrocartilage d'agrandissement. Il insiste sur la modification de la densité de la synovie qui ne retient plus les extrémités osseuses en contact, et sur l'évasement du cotyle. La luxation se produit alors sans traumatisme ni contraction musculaire.

Dans son rapport au Congrès d'Orthopédie de 1928, LE FORT ne veut s'arrêter à aucune théorie, et ne tient compte que des faits observés. Il dit que la luxation s'observe dans trois conditions différentes.

« *a*) Le plus souvent, elle est le résultat du refoulement de la tête fémorale par l'accumulation de productions pathologiques dans le fond du cotyle (fongosités, tissu de granulation, masses de fibrine. etc.).

b) Plus rarement, elle est la conséquence de l'altération de moyens de contention articulaire: distension capsulaire, relâchement des ligaments, effondrement du bourrelet cotyloïdien, à laquelle s'associent d'autres causes pathologiques: épanchement de liquide intra-articulaire, atrophie des fessiers, contractures musculaires.

Deux conditions mécaniques peuvent jouer un rôle important:

1° Les attitudes vicieuses qui, en dehors de leur action purement mécanique, exercent sur les lésions anatomiques elles-mêmes, une fâcheuse influence. et peuvent modifier bourrelet, capsule, ligaments.

2° Le traumatisme, sous toutes ses formes, insignifiant ou réel, et qui peut intervenir pour déclencher le phénomène plus ou moins imminent de la luxation.

c) Dans des cas qui, jusqu'ici, paraissent exceptionnels, la dislocation des trois os constituant le cotyle permet, malgré l'intégrité du bourrelet cotyloïdien, le déplacement de la tête fémorale qui refoule l'ilium temporairement, au moment où elle franchit le rebord. C'est ce que nous avons appelé la luxation en touche de piano. »

La luxation dite par LE FORT en « touche de piano » survient au cours de certaines ostéomyélites de l'os iliaque.

Il y a vu des lésions du cartilage en « Y » ; l'os iliaque est disloqué et mobile, et permet à la tête de voyager dans la cavité cotyloïde.

LE FORT ajoute : « ...En résumé, pour apprécier le mécanisme d'une luxation pathologique vraie de la hanche, il faut, à propos de chaque cas particulier, et non d'une façon théorique et générale, évaluer la part de chacun des facteurs capables de jouer un rôle. C'est leur combinaison essentiellement variable, qui entre en jeu dans la production de la luxation.

Nous avons essayé de nous faire une opinion personnelle sur ce chapitre si discuté du mécanisme des luxations spontanées de la hanches. Nos expériences ont porté sur des cadavres d'individus adultes et injectés au formol.

Dans cette série d'observations, nous avons tout d'abord noté qu'il était presque impossible d'expérimenter sur de pareils sujets. La rétraction post-mortem des muscles, ajoutée à la fixation formolique, rend, en effet, la luxation à peu près impossible à réaliser spontanément.

Même sur le sujet frais, et non injecté, les circonstances d'avec l'individu normal sont déjà fort modifiées.

Néanmoins, les quelques résultats que nous avons obtenus nous semblent dignes d'être rappelés. Tout d'abord l'incision simple de la capsule sans autre destruction osseuse ou musculaire ne suffit pas pour contribuer à faciliter la production de la luxation.

Par contre, la section ou l'arrachement du ligament rond, combiné ou non à l'incision capsulaire, suffit dans certains cas à aider la production de la luxation.

Encore faut-il, pour y parvenir, déployer une force considérable en plaçant la cuisse en adduction, légère flexion et rotation interne. Enfin, l'obtention simple et rapide des luxations est obtenue par la section du ligament rond, combiné à l'abrasion, sur une certaine hauteur, du sourcil cotyloïdien, après destruction plus ou moins complète du bourrelet articulaire.

Il nous semble bien, après l'étude des différentes théories énoncées au sujet de la luxation spontanée de la hanche, qu'aucune d'elles ne doit être retenue seule, à l'exclusion des autres. Mais il nous paraît plus judicieux d'examiner chaque cas séparément, et nous voyons alors que le mécanisme n'est pas toujours uniforme.

Il est impossible qu'une luxation spontanée se produise, si le ligament rond est tout à fait normal.

Il faut donc un certain degré de relâchement, de distension ou de déchirure de la capsule pour que la luxation puisse se produire.

Chez les enfants, la profondeur du cotyle est faible, et la tête est maintenue par le fibro-cartilage qui complète la cavité cotyloïde.

C'est pourquoi, les luxations spontanées brusques sont exceptionnelles chez l'adulte.

Il faut donc des conditions prédisposantes : relâchement du ligament rond, de la capsule, quelquefois même déchirure.

La luxation est, tantôt accompagnée de symptômes d'arthrite aiguë, qui se manifeste d'une façon bruyante, tantôt elle est la première manifestation d'une affection latente.

La luxation peut survenir dans une période de calme, et arrache des cris au malade; d'autres fois, elle se produit pendant une crise douloureuse, et produit une rémission; d'autre fois, elle passe tout à fait inaperçue du malade et de son médecin; d'autres fois encore, elle se produit à l'intérieur d'un appareil plâtré.

Dans une observation personnelle (observation XIV), la jeune malade était dans le plâtre pour une arthrite de la hanche droite; elle revient six semaines plus tard; en lui enlevant son appareil, on s'aperçoit qu'elle a une luxation de l'autre hanche.

Les *productions pathologiques intra-cotyloïdiennes* peuvent aider à la formation de la luxation. Au cours des examens directs qui ont été pratiqués pour luxation spontanée brusque de la hanche, on trouve souvent un bouchon de fongosités, ou une masse fibrineuse au fond du cotyle? et ceci surtout dans les coxalgies. Cette masse siège tout particulièrement

au point d'insertion du ligament rond. Cette néoformation repousse la tête, et la contraction musculaire la fait sortir du cotyle. Cette masse a été trouvée et citée par KÆNIG (huit fois sur huit cas de résection de la hanche pour luxation spontanée).

On trouve d'ordinaire des fongosités dans la tuberculose, dans d'autres cas, des tissus de granulation, des masses fibrineuses pas tout à fait définies.

L'épanchement articulaire a été vérifié dans de nombreux cas, mais son existence n'est pas constante. Il ne nous paraît pas possible que le liquide à lui seul puisse produire la luxation. La grande quantité de liquide, accompagnée du relâchement du ligament rond et de la capsule articulaire est aussi une cause prédisposante à la luxation.

Lorsque le liquide intra-articulaire augmente de volume, la capsule articulaire et les ligaments sont lésés par la même cause, et la distension capsulaire s'explique par le relâchement ligamentaire et par la poussée du liquide.

Le rôle de l'*attitude* a été aussi quelquefois vérifié. L'attitude vicieuse qui s'explique le mieux est la position en adduction, flexion et rotation interne. La luxation produite lorsque la cuisse est dans cette position est la forme iliaque postérieure.

C'est le cas qui s'est produit pour une observation personnelle (observation IV) au cours d'une ostéomyélite chez un enfant de 14 ans. L'ostéomyélite siégeait à la jambe droite (tibia), et il se fait une luxation de la hanche gauche.

Il se trouble couché depuis plusieurs mois; il a

placé sa jambe dans une mauvaise position, pour soulager le membre atteint d'ostéomyélite, et il s'est parfaitement rendu compte de la production de la luxation qui s'est accompagnée d'une douleur très forte.

L'attitude vicieuse, pas plus que l'épanchement intra-articulaire ou les productions intra-cotyloïdiennes, n'est capable de produire la luxation à elle seule.

Enfin, il nous semble bien que le rôle des *contractions musculaires* soit des plus importants.

La contraction musculaire peut produire la luxation d'une articulation qui est préparée par son atteinte capsulaire ou ligamentaire.

La théorie de Verneuil est trop exclusive, puisqu'elle fait jouer un rôle primordial à la contraction musculaire. Mais il faut garder l'action musculaire dans l'explication de la luxation spontanée.

En résumé: le mécanisme de la luxation spontanée est dû à deux sortes de causes: les causes prédisposantes en premier lieu, qui préparent la luxation, et la cause efficiente, qui, elle, produit la luxation sur un terrain déjà préparé, et dont la résistance est amoindrie.

Au nombre des *causes prédisposantes*, nous comptons toutes celles qui permettent à la tête de sortir de la cavité cotyloïde:

1° Les *lésions osseuses*: elles sont plus ou moins graves, suivant l'étiologie de la luxation. Il peut se produire une simple décalcification, ou des modifications de la tête fémorale ou du cotyle, soit dans leur forme, soit dans leur structure.

2° Les *lésions cartilagineuses* : le cartilage qui recouvre les extrémités articulaires peut être détruit en partie, ou complètement; mais la lésion la plus importante est l'évasement ou la disparition du bourrelet cotyloïdien.

3° Les *lésions intra-articulaires* : il y a plusieurs causes qui interviennent pour chasser la tête hors de la cavité cotyloïde.

La présence de fongosités dans le fond de la cavité et en particulier autour du ligament rond.

L'augmentation du liquide intra-capsulaire, dont la densité diminue, et ne maintient plus les deux parties de l'article.

L'extension, le relâchement ou l'arrachement du ligament rond, l'extension de la capsule par le liquide est permise par le relâchement de tous les ligaments qui ne retrouvent plus leur élasticité; quelquefois, la déchirure ou l'arrachement de la capsule.

Toutes les lésions que nous venons de rappeler n'existent pas en même temps; mais on retrouve toujours un affaiblissement de la capsule et un relâchement des ligaments. Les autres lésions se surajoutent en quantité et qualité différentes pour chaque cas.

La *cause efficiente* est due aussi à différents processus. Les principaux sont :

L'*attitude vicieuse* : la cuisse étant dans une position anormale, la tête ne se trouve plus à sa place normale dans la cavité cotyloïde, et la capsule ne la maintenant plus, la luxation peut se produire. La position vicieuse la plus connue est l'adduction, la

flexion et la rotation interne de la cuisse sur le bassin.

Le *traumatisme*, lorsqu'il existe, doit être faible.

Lorsque le relâchement articulaire existe et que les muscles atrophiés, ou dans un état de moindre résistance, n'offrent plus à la tête fémorale son soutien protecteur, un traumatisme, si léger soit-il, est capable de produire une luxation de la hanche. On connaît des cas où les malades se cognent le pied après le bois de leur lit; un autre, en voiture, est jeté en avant, et son genou porte sur le strapontin. Une autre fois, en retournant un typhique pour panser une escharre (SAINTON).

La *contracture musculaire* : à notre avis, joue le rôle principal dans la luxation. Souvent, l'atrophie musculaire est totale, et touche tous les muscles de la fesse. D'autres fois, il n'y a qu'un groupe musculaire d'atteint : le groupe antagoniste pourrait alors provoquer l'accident. Mais, le plus souvent, la contracture des adducteurs sur un membre inférieur en position vicieuse, en est la cause.

Elle se produit une fois au cours d'une attaque de chorée (SAINTON).

La luxation provoque parfois une douleur très vive chez un malade en période de rémission; d'autres fois, il se produit une accalmie, si la luxation se produit pendant une crise douloureuse; d'autres fois, encore, elle passe tout à fait inaperçue du malade et de son entourage.

ÉTIOLOGIE

La production de la luxation spontanée par altération des parties molles nécessite des modifications articulaires bien différentes de celles des dislocations par destruction.

Ces lésions articulaires sont consécutives à une arthrite dont nous nous proposons d'étudier l'origine.

Comme nous l'avons dit dans la définition, le terme de luxation spontanée brusque a toutes nos préférences. DEGEZ a repris l'expression de VERNEUIL en l'appelant subite, et il éloignait le mot spontané qui supprime toute étiologie traumatique.

Le terme, du reste, importe peu, pourvu que l'on s'entende sur la lésion.

Nous allons passer rapidement en revue les différentes affections qui donnent naissance à une luxation spontanée brusque.

Nous reprendrons ici la même division que pour l'anatomie pathologique.

Dans le premier groupe, nous ferons rentrer les luxations de la coxalgie; dans le deuxième, toutes celles qui ne sont pas dues à la coxalgie.

1° *Les luxations spontanées au cours de la coxalgie* sont les plus fréquentes, les mieux connues, et les plus faciles à individualiser. KIRMISSON et ses élèves

les ont bien étudiées, sous le nom de luxations soudaines. VON PITHA en cite un cas qui est maintenant bien connu:

Notre maître, M. le Professeur FRÉLICH, en 1922, parle de la luxation brusque et précoce de la tête fémorale comme premier symptôme de la coxalgie. Il nous semble bien, en effet, que la luxation se produit au début de la coxalgie, lorsque les lésions osseuses ne sont pas encore très avancées.

Si la tête fémorale a complètement disparu, comme dans beaucoup de coxalgies avancées, on ne peut pas dire qu'il y a eu luxation brusque.

JOÛON en a décrit les caractères « précoces, soudains et spontanés ». BROCA, LANCE, OMBRÉDANNE, TRIDON et VIÉ, VAUTIER signalent des cas où la luxation s'est produite au début de la coxalgie.

Beaucoup d'autres les ont étudiées ou en ont publié des observations, mais n'ont pas toujours précisé à quelle époque de la coxalgie s'était produite la luxation.

BERTEIN, CABOCHE, NOVE-JOSSERAND, HENDRIX, LE GUICHAOUA, SAINT-AGNÈS, LERNBECKER, M^{lle} MYOVITCH, MUNCH, VERBOUD, pour ne citer que les plus connus, sans oublier MASSABUAU et GUIBAL.

Il a été publié en tout à peu près 80 cas de luxation spontanée de la hanche au cours de la coxalgie.

Nous n'en avons trouvé qu'un cas, sur les 204 cas traités en dix ans au Service d'Orthopédie et de Chirurgie Infantile de notre Maître, M. le Professeur FRÉLICH, et dans sa clientèle particulière, et classé par notre ami, le Docteur BEAU.

2° Les *luxations non coxalgiques*. — Nous croyons aussi pouvoir séparer ici les luxations dues à l'ostéomyélite de celles consécutives aux arthrites des maladies aiguës.

BRUNS et HONSELL sont les premiers, en 1899, à admettre l'existence des luxations spontanées dans l'*ostéomyélite*. Mais, beaucoup d'auteurs les ont confondues avec les pseudo-luxations.

On en connaît des cas cités par GARRÉ, BECKER, BROCA, DELANGLADE et BARBARIN, CARDOT, BOBBIO, DUCLAUX, DELFINO, PAUCHET, KIRMISSON, KLEMM, HAUMMANN, FLAMENT, HALLOPEAU, PORTWICH, NICOLAS, MASSABUAU-GUIBAL et LAUX, MATHIEU WILLMOTH, PICQUET, LE FORT.

En 1928, LE FORT en avait relevé 46 cas ; mais il ne précise pas la localisation de l'ostéomyélite.

Elle ne siège pas, en effet, toujours au niveau de l'articulation luxée. On la trouve située au bassin (DELFINO) ; d'autres fois au fémur ou au tibia, d'autres fois sur le membre opposé à celui de la luxation, comme dans une observation personnelle (n° IV) où l'ostéomyélite siégeait au tibia droit ; luxation de la hanche gauche. Nous avons trouvé aussi des cas publiés par NICOD et par BACHMANN et M^{lle} LUTIGNEAUX.

Les maladies aiguës, susceptibles de se produire au cours de leur évolution ou à leur suite, des luxations spontanées de la hanche sont tout d'abord la fièvre typhoïde ; puis viennent ensuite le rhumatisme articulaire aigu, la scarlatine, les septicémies d'ordres divers, la grippe, la pneumonie, la rougeole, la blen-

norragie, la variole, la chorée, l'érysipèle, la maladie de Little (Professeur FRÆLICH).

En 1892, SAINTON ne citait que trois maladies pouvant les produire, à savoir: la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la scarlatine, sans donner de chiffres exacts.

KEEN, en 1877, rapporte 27 cas de luxations dues à la fièvre typhoïde.

DEGEZ, en 1898, donne la statistique suivante. Il a pu recueillir 80 cas de luxations spontanées:

Fièvre typhoïde	32 cas
Rhumatisme articulaire aigu	24 —
Scarlatine	13 —
Variole	3 —
Blennorrhagie	3 —
Influenza	2 —
Erysipèle	1 —
Empyème	1 —
Fièvre éruptive (rhumatisme infectieux)...	1 —
Total.....	80 cas

Sa statistique n'englobe pas seulement les luxations de l'articulation de la hanche, mais encore celles du genou, de l'épaule, etc...

Les luxations subites sont donc très rares. Ainsi, GÜTERBOCK, à Vienne, sur une série de 3.130 fièvres typhoïdes, ne relève que deux cas de luxations, dont un de l'épaule et l'autre de la hanche.

Voici la statistique de KUMMER qui date, elle aussi, de 1898 :

Fièvre typhoïde	28 cas
Rhumatisme articulaire aigu	18 —
Scarlatine	4 —
Variolle	3 —
Gonorrhée	1 —
Fièvre éruptive (rhumatisme infectieux)...	1 —
Empyème du genou	1 —
Total.....	56 cas

Auguste ETIENNE, en 1902, ne trouve que 75 cas de luxations de la hanche :

Fièvre typhoïde	33 cas
Rhumatisme articulaire aigu	23 —
Scarlatine	11 —
Variolle	3 —
Blennorrhagie	1 —
Erysipèle	1 —
Influenza	2 —
Rhumatisme infectieux	1 —
Total.....	75 cas

Peu de temps après, DE GAULÉJAC, en 1904, publie la statistique suivante :

26 cas	dans la fièvre typhoïde
19 —	dans le rhumatisme articulaire aigu
4 —	dans la scarlatine
4 —	dans la rougeole
5 —	dans la variole
2 —	dans la gonorrhée
1 —	dans l'empyème du genou
4 —	dans les lésions pleuro-pulmonaires
9 —	dans la coxalgie
8 —	dans l'ostéomyélite
1 —	dans l'attaque de chorée

Total : 83 cas

Mais si, de ce nombre 83, nous retirons les neuf cas dus à la coxalgie et les huit de l'ostéomyélite, nous ne trouvons que 66 cas.

La dernière statistique que nous avons pu trouver est celle de LE FORT, en 1928. Il en réunit 198 cas (en comptant les luxations bilatérales pour les deux unités) :

Fièvre typhoïde	84 cas
Rhumatisme articulaire aigu	41 —
Scarlatine	34 —
Septicémies ou rhumatismes infectieux...	11 —
Grippe ou influenza	5 —
Pneumonie	4 —
Blennorragie	4 —
Variole	3 —
Maladies indéterminées et diverses.....	12 —
Total.....	198 cas

Depuis le rapport de LE FORT au Congrès d'Orthopédie de 1928, nous avons, tant dans la littérature que dans les cas personnels, pu trouver :

- 1 cas survenu au cours de la coxalgie;
- 4 cas dus à l'ostéomyélite;
- 1 cas de fièvre typhoïde;
- 2 cas au cours du rhumatisme articulaire aigu.

Ici, comme dans de nombreux cas, d'ailleurs, il est fort difficile d'établir une statistique rigoureusement exacte.

Cette difficulté provient de nombreuses causes : tout d'abord, si l'on parcourt la littérature, on s'aperçoit rapidement qu'il est souvent malaisé de cataloguer les cas anciennement publiés, et où les renseignements cliniques et bactériologiques sont ou bien insuffisants, ou manquent complètement.

Pour ce qui est des observations publiées, nous remarquons tout de suite que certains de ces cas ont été diversement interprétés, tant au point de vue clinique qu'au point de vue bactériologique, par les auteurs qui les ont repris dans la suite. C'est ainsi que nous avons pu constater que certaines observations ont été consignées sous des étiquettes dans les différentes statistiques que nous venons de rapporter.

Il nous reste maintenant, néanmoins, comme base, la plus sûre, la statistique donnée par LE FORT au Congrès d'Orthopédie, qui, bien que présentant, comme toute autre, une part d'hypothèse, n'en est pas moins celle qui se rapproche le plus de la vérité.

Nous avons essayé de la compléter, en corrigeant les nouveaux cas publiés depuis cette date (octobre 1928).

Ici aussi, notre travail est un peu imparfait du fait que nous n'avons pas été à même de retrouver les publications de tous les cas annoncés par les bibliographies.

Reprenons donc maintenant l'étude sommaire de ces principales causes.

Ainsi que les statistiques nous le prouvent, on observe toutefois, au cours de la coxalgie, et plus particulièrement dans la phase du début de cette affection, des luxations spontanées brusques. Un seul cas a été signalé après une période assez longue depuis le début de l'affection. Il est très compréhensible qu'il ne s'agit plus d'une luxation simple à la période avancée de la coxalgie. A ce moment, il s'est produit une lésion osseuse avancée; souvent, la tête

fémorale a disparu, et il ne s'agit plus de luxation à proprement parler, mais bien de glissement articulaire, éventualité d'ailleurs fréquente.

Une fois, cependant, elle a été signalée comme premier symptôme avant toute douleur, par M. le Professeur FRÉLICH, en 1922.

Au cours de l'*ostéomyélite*, la période de production de la luxation est très variable; on a pu voir se produire la luxation au début, avant d'avoir remarqué aucun symptôme d'*ostéomyélite*. Mais, le plus souvent, la luxation se produit un peu plus tardivement, un mois, six semaines, après le début de l'*ostéomyélite*; d'autres fois, beaucoup plus tard encore.

Dans les *maladies aiguës*, les arthrites se produisent rarement tout au début; c'est une complication de la maladie à sa période d'état, et on voit les luxations se produire, soit au cours de la maladie, soit pendant la convalescence. Il a même été signalé un cas où la luxation se serait produite sept ou huit ans après la fièvre typhoïde. Ce cas nous paraît très peu certain.

Nous allons passer en revue les principales maladies aiguës, et voir pour chacune d'elles quelle est la période favorable à la production de la luxation.

Fièvre typhoïde: la luxation se produit surtout pendant la convalescence, dans les deux tiers des cas, quelquefois même dans une période assez lointaine, neuvième ou dixième semaine de la convalescence; dans un tiers environ des cas, elle se produit au cours de la maladie.

Rhumatisme articulaire aigu: ici, la luxation se

produit aussi bien au cours de la maladie que pendant la convalescence. Nous avons trouvé environ la moitié des cas où la luxation se produit vers le dixième, quinzième ou vingtième jour de la crise de rhumatisme, et à peu près autant de cas où elle se produit en période de convalescence.

Scarlatine: la luxation est un peu plus fréquente pendant la convalescence que pendant la maladie

Pour les autres cas, c'est presque toujours après la maladie qu'elle a lieu.

Dans l'ensemble, pour les maladies aiguës, l'arthrite de la hanche, provoquant la luxation, est le plus souvent un fait consécutif; c'est pourquoi elle est appelée *luxation consécutive*.

Ayant énuméré les différentes affections qui donnent naissance, soit au cours de leur évolution, soit au moment de la convalescence, à des cas de luxations subites, il serait intéressant de savoir si ce sont certaines formes cliniques plutôt que d'autres qui donnent naissance à ce phénomène articulaire.

Bien que les observations publiées ne nous renseignent pas toujours parfaitement, il ne semble pas que certaines formes cliniques prédisposent à la luxation.

Ainsi, dans la fièvre typhoïde, on rencontre aussi bien la complication articulaire dans les formes graves que dans les formes bénignes, ou encore dans les formes localisées, intestinales, méningées...

Au cours de l'ostéomyélite, certains cas sont observés, tant dans les variétés toxiques, que dans les variétés douloureuses ou franchement purulentes.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, dans les formes douloureuses aussi bien que dans les formes avec gros épanchements.

Dans la blennorrhagie, tantôt dans les écoulements abondants que dans les écoulements bénins.

TABLEAU CLINIQUE

Autant que nous avons pu nous en rendre compte par nos observations personnelles, et par l'étude des autres cas publiés antérieurement, nous avons remarqué que les luxations spontanées de la hanche se produisent presque toujours chez l'enfant.

On pourrait nous objecter qu'il est pas mal de cas connus où les luxés étaient des adultes. Mais ces luxations spontanées se produisent beaucoup plus au niveau du genou ou de l'épaule. On en connaît surtout qui se sont produites à la suite de crises de rhumatisme articulaire aigu ou de blennorragie, tels les cas de BONNET, STANLEY, KAREWSKI, BARWELL.

La hanche, lieu de moindre résistance de par sa grande surface articulaire, est l'article qui est le lieu habituel de ce phénomène. La fréquence de ces luxations chez l'enfant s'explique par le fait que les muscles n'ont pas la résistance de ceux de l'adulte, et que les tissus jeunes se distendent beaucoup plus facilement. La capsule et les ligaments se laissent étirer plus facilement. Il ne faut pas croire néanmoins, pour cela, que la luxation spontanée brusque de la hanche est un acte fréquent dans le jeune âge.

Nous avons vu, au chapitre de l'étiologie, quelles étaient les maladies susceptibles de faciliter leur pro-

duction et le mécanisme est chose à peu près mise au point actuellement.

Il nous semble bien que la luxation spontanée peut se produire au cours de toutes les infections.

Si nous en croyons DE GAULÉJAC, qui a tracé une courbe de la fréquence des cas de luxation, ce serait entre dix et onze ans qu'il faudrait placer le maximum. Mais il n'y a aucun critérium qui puisse fixer un âge prédominant.

Nous avons fait abstraction des cas de luxation dus aux arthrites des nourrissons. Elles ne rentrent, du reste, pas dans notre classification.

Le *sexe* intervient bien peu comme facteur étiologique. On ne peut affirmer qu'il y ait prédominance pour l'un ou pour l'autre. Si les luxations congénitales ont une prédominance pour le sexe féminin et pour les enfants habitant les pays de montagne, il n'en est pas de même pour les luxations spontanées. Le sexe masculin semble l'emporter, mais de bien peu.

Il serait intéressant d'étudier si les formes des maladies qui ont provoqué l'arthrite sont modifiées par la luxation spontanée.

Pour la coxalgie, nous n'avons pas remarqué d'aggravation de la maladie. La luxation se produit presque toujours au début de l'affection, et il nous semble bien qu'on la trouve surtout dans les formes d'apparence bénigne. Cependant, nous avons relevé quelques cas suivis de mort.

Elle serait donc d'un pronostic plutôt favorable.

Mais, il y a tellement de cas dissemblables qu'il est difficile de fixer une règle.

Au cours de l'*ostéomyélite* non plus il ne nous a pas paru que les luxations se produisaient dans les cas très graves. Il n'y a pas eu, jusqu'ici, d'analyse du pus d'ostéomyélite ayant favorisé la luxation spontanée pour savoir quelle est la forme qui prédomine dans ces cas.

Les lésions osseuses ne sont pas très graves, et, en général, à la radiographie, on ne note pas une destruction trop grande. Les luxations se produisent plutôt dans les cas où la température n'est pas très élevée.

Pour les autres maladies aiguës, comme nous l'avons vu, c'est presque toujours pendant la convalescence que se produit la luxation.

La *fièvre typhoïde* vient en tête des maladies aiguës provoquant la luxation. Il se produit des arthrites, soit au cours de la maladie, soit pendant la convalescence. Ces formes de fièvre typhoïde n'ont, en général, rien d'alarmant, et la luxation ne modifie pas l'allure de la courbe de température, ni de sa durée.

Les douleurs dues à l'arthrite sont souvent modifiées par la production de la luxation, soit que l'arthrite ait été très douloureuse dès le début, et que la luxation donne au malade une période de rémission, soit qu'au contraire elle déclanche une forte crise douloureuse chez un malade où l'arthrite était passée inaperçue.

Ces cas de luxations spontanées au cours de la fièvre typhoïde ont été étudiés par CAPELLE, FREEMANN, GÜTERBOCK, HELWIG, KRONLEIN, ou bien

cités par CAUSSADE et TARDIEU, HUBENER, FRÉLICH, RICHON, LARUE, etc...

Mais, bien plus souvent, la luxation s'est produite pendant la convalescence (BONNET, BARWELL, CHAMPENOIS, DITTEL, RUCH, VERNEUIL, WEIL, FLORANGE, PRUDOT D'AVIGNY, ROTHSCHILD, etc...).

Le *rhumatisme articulaire aigu* accompagné de symptômes douloureux et cardiaques peut aussi favoriser la luxation spontanée de la hanche. La luxation n'a pas renforcé les douleurs, et n'a pas modifié l'allure générale de la maladie. Quelques cas ont été suivis de mort (BONNET, VÆLKEL), d'autres ont guéri, et il n'y a pas eu de récurrence de rhumatisme. D'autres fois, des crises postérieures à la luxation, n'ont modifié en rien l'état de la hanche luxée.

C'est presque toujours à la période de convalescence de la *scarlatine* que se produit la luxation. Les principaux cas cités l'ont été par BERTELSMANN, DITTEL, GUTERBOCK, BRADE, SALMANN, KAREWSKI, SCHLAAF, VOUDOURIS.

On trouve aussi des luxations spontanées dans d'autres maladies aiguës ; mais leur nombre est moins important. Il nous faut néanmoins rappeler la *pneumococcie* (FLAMENT, LAMY et BENOISTE-PILLOIRE), la *rougeole* (MASSABUAU-GUIBAL), la *grippe* (OCHSENIUS), la *blennorrhagie* (KAREWSKI), la *chorée* (SAINTON) et la *variole* (FRIEDHEIM, LORINSER, SONNENBURG).

La luxation se produit brusquement ; c'est un fait établi ; mais elle peut se manifester par une douleur très vive que rien ne pouvait prévoir. D'autres fois,

elle passe tout à fait inaperçue, et c'est en faisant la toilette du malade qu'on remarque un gonflement de la cuisse ou un raccourcissement du membre et une diminution notable des mouvements.

VERNEUIL avait donné une description très typique des luxations spontanées; il l'a surtout rapportée aux cas des déplacements consécutifs au rhumatisme articulaire aigu.

« Un malade, exempt de toute manifestation scrofulleuse, est atteint de rhumatisme articulaire fébrile, d'arthrite mono-articulaire aiguë; les douleurs sont violentes, le membre est dans une attitude vicieuse. Un jour, les douleurs cessent presque subitement. On examine l'articulation affectée, et on y constate une déformation considérable tout à fait semblable à celle qui caractérise la luxation traumatique. Si on abandonne le mal à lui-même, l'inflammation se dissipe sans laisser à sa suite, ni ostéite, ni suppuration, mais une difformité persistante. Si l'on réduit, on rend immédiatement au membre sa direction, sa forme, sa longueur, et, au bout d'un certain temps, la guérison est obtenue. »

VERNEUIL a été frappé de la brusque cessation des douleurs aussitôt après la production de la luxation. KUMMER, au contraire, constate dans une observation de luxation iliaque post-rhumatismale « l'apparition, avec la luxation, d'une douleur fort violente, si bien que le malade n'a cessé de crier toute la nuit qui suivit l'accident. »

CAPELLE, dans une observation de luxation post-typhique, rapporte que les douleurs apparurent après

qu'on eut porté le malade d'un lit à un autre. A ce moment, on pouvait voir la flexion et l'abduction de la cuisse.

Dans une observation personnelle d'ostéomyélite, le malade ayant placé sa jambe saine en position vicieuse (rotation interne, flexion, adduction) ressentit une douleur très vive au moment de la production de la luxation.

Il y a donc deux faits : ou bien la luxation se manifeste avec douleur, ou bien elle passe tout à fait inaperçue, se produit inopinément, sans bruit, et la déformation est le premier symptôme observé.

Cette absence de symptômes douloureux, assez souvent rencontrée dans les cas de fièvre typhoïde, s'explique par la prostration fréquente qui émousse la sensibilité et par le jeune âge des sujets.

Que la luxation se soit produite insidieusement ou avec une douleur marquée, en examinant le malade, il est des caractères qui permettent de reconnaître la luxation.

Dans bien des cas de luxations spontanées de la hanche, il n'est pas possible de faire marcher le malade, étant donné son état de santé, et de se rendre compte de l'état de raccourcissement du membre, ni quelle position prend son corps en station debout.

La coloration des téguments de la cuisse est rarement modifiée.

Si on voit le malade tout de suite après la production de la luxation, on remarque que la partie supérieure du membre est très augmentée de volume (forme de gigot). L'enflure peut être très prononcée,

et la position vicieuse aidant, il y a une dissymétrie très marquée entre les deux cuisses. Au contraire, si on ne voit le malade qu'assez longtemps après l'accident, il y a une atrophie notable des muscles et une diminution apparente de volume.

Le malade présente un raccourcissement du membre atteint, et on le trouve souvent dans son lit, placé en décubitus latéral, avec la cuisse en flexion, adduction et rotation interne (luxation iliaque, le plus fréquemment). Il y a ascension du grand trochanter, et à la radiographie on voit la cavité cotyloïde qui est deshabitée; la tête fémorale est placée sous l'os coxal, au-dessus ou en avant de la cavité.

Pour bien constater l'ascension du grand trochanter, il faut étendre le malade sur le dos. On place son bassin de manière symétrique; on repère ses épines iliaques antéro-supérieures, et on constate souvent un raccourcissement du membre luxé.

Il est aussi possible de le voir en fléchissant les cuisses sur le bassin, et les jambes sur les cuisses; on se rend compte que les genoux ne sont pas au même niveau.

Mais, le plus facile est de faire coucher le malade sur le côté sain, de façon à voir la hanche luxée. On trace la ligne de Nélaton-Roser, qu'on obtient en joignant deux points tracés sur la peau: le premier correspond à l'épine iliaque antéro-supérieure, et l'autre à la tubérosité de l'ischion. La cuisse étant placée en demi-flexion, le grand trochanter doit, pour une hanche saine, faire saillie sur la ligne que nous venons de tracer. Lorsqu'il y a luxation, le grand tro-

chanter est surélevé, et on mesure à quelle distance de cette ligne on peut le sentir.

On mesure l'élévation du grand trochanter, et on obtient le raccourcissement réel du membre.

Mais souvent, le raccourcissement paraît plus ou moins considérable. Le raccourcissement apparent peut différer du raccourcissement réel, par ce fait que le bassin peut être incliné et modifier la position de la jambe.

Une fois qu'on a noté l'ascension du grand trochanter, il faut vérifier les mouvements de la cuisse, et en particulier l'abduction. La flexion est toujours possible dans les cas récents. Le malade étant couché sur le dos, on amène le talon sur la fesse, et on écarte le genou vers l'extérieur. On constate que l'amplitude des mouvements est moins grande du côté atteint que du côté sain.

La cuisse a tendance à se mettre en rotation interne.

En palpant la région du triangle de Scarpa, le doigt peut être introduit dans la cavité cotyloïde, et on peut quelquefois sentir la tête fémorale dans sa position anormale.

Si la luxation est bilatérale, il est difficile de voir le raccourcissement; mais il y a une ensellure lombaire très marquée. En plaçant le malade debout, on constate que ses cuisses sont très petites par rapport au reste de son corps, et que, par contre, ses bras sont trop longs, la main descend jusqu'au genou, parfois plus bas.

Lorsque l'état de santé du malade le permet, ou lorsque son affection primitive est guérie avant la ré-

duction de la luxation, il est facile de constater la luxation par la station debout et par la marche.

L'enfant étant déshabillé, et les deux pieds par terre, est obligé de plier sa jambe saine pour garder une station verticale. Si c'est une fille, la fente vulvaire est oblique au lieu d'être verticale; de profil, on note l'ensellure lombaire, par derrière une fesse aplatie, et quelquefois une scoliose de compensation. En faisant tenir le malade sur le membre sain, le bassin et les épaules sont dans des plans horizontaux; s'il repose sur le membre luxé, il est obligé d'incliner le tronc pour garder l'équilibre.

En le faisant marcher, il boîte en « berçant », dit-on.

Au moment de l'appui sur le membre luxé, le bassin s'incline, en s'abaissant du côté sain. Pour compenser cette bascule, le malade ramène les épaules vers le côté malade. La taille se casse du côté malade, en même temps qu'il se produit une boiterie de l'épaule: c'est le signe de TRENDELENBOURG.

Quand l'appui se produit sur le membre sain, le tronc tout entier se redresse sans dépasser la ligne médiane.

Il est impossible de décrire un type d'accident de luxation spontanée. Le processus peut varier pour chaque cas, et la lecture des observations peut seule nous renseigner sur la façon dont se produit la luxation.

La douleur n'est pas un signe constant de la production de ce fait pathologique.

Une fois la luxation produite, il peut persister une contraction musculaire qui peut durer quelques jours, et qui empêche le malade de faire le moindre mouvement avec son membre luxé.

Si on ne tente pas la réduction, l'articulation de la hanche peut s'ankyloser, et la marche devient d'autant plus difficile par suite de l'ankylose ajoutée à la luxation.

Nous ne pouvons donc pas dresser un tableau clinique fixe, comme il est possible de le faire pour presque toutes les autres affections. La luxation spontanée brusque de la hanche n'est qu'un fait pathologique qui se produit de façon variable au début, au cours ou à la suite de certaines maladies.

ÉTUDE RADIOLOGIQUE

Toutes les observations de luxations spontanées brusques de la hanche ne sont pas postérieures à la découverte de RÖNTGEN. Et nous n'avons pas pu avoir pour toutes, d'indications radiologiques.

La radiographie devenue maintenant indispensable en chirurgie osseuse, permet de séparer les pseudoluxations des luxations simples. Elle nous permet aussi de vérifier le diagnostic. Grâce à elle nous pouvons nous rendre compte de l'état du squelette, de son intégrité ou de ses atteintes, qu'il y ait des déformations ou des nécroses.

C'est ainsi que dans les cas de coxalgies, il a été vu des déformations ovoïdes de la tête fémorale (GAUDIER), un manque de netteté des contours (JOÛON), des érosions, de la décalcification irrégulière ou même étendue à toute la hanche (MASSABUAU-GUIBAL et BRÉMOND, LANCE, NOVÉ-JOSSERAND et PERRIN).

A part quelques abcès profonds la radiographie ne nous permet pas de vérifier l'état des parties molles. Elle nous renseigne mal quelquefois sur la forme des os.

Nous pouvons surtout vérifier que la cavité cotyloïde est désertée et que la tête fémorale repose sur l'os coxal. En faisant une radiographie de face, du

bassin, il nous est possible de comparer les deux hanches et de voir quelle est l'ascension réelle du grand trochanter (quoique les contours apparents ne correspondent pas aux contours réels).

La radiographie peut aussi servir de pronostic. Elle nous permet de voir en quel état se trouve le squelette, si la cavité cotyloïde est très agrandie, si le cotyle est incliné, évasé, éculé.

Mais elle permet surtout de suivre l'évolution anatomique de la luxation. LE FORT a vu par des radiographies successives chez un enfant atteint de coxalgie, d'abord la tête en place, puis la luxation produite avec intégrité du squelette et enfin deux mois plus tard, une tête fémorale complètement usée, la disparition du bord du cotyle et un néo-cotyle qui s'est nettement dessiné. On peut aussi utiliser la radiographie pour faire la réduction sous écran, mais c'est un procédé peu pratique, car il faut opérer dans une chambre noire. Il est beaucoup plus facile de faire la réduction par les méthodes habituelles et de vérifier ensuite au moyen de la radiographie si la réduction est obtenue.

C'est encore au moyen de radiographies successives qu'on verra si la réduction de la luxation se maintient. D'autre fois, on voit une réduction incomplète où la tête fémorale n'atteint pas le fond du cotyle, un bouchon de fongosités s'étant probablement interposé entre la tête et l'os coxal. Mais malgré la réduction il est possible de constater ensuite des lésions osseuses qui augmentent. La luxation ne modifie en rien l'évolution de la maladie qui a provoqué l'accident. Ainsi pour de nombreuses coxalgies après

une bonne réduction et une immobilisation en abduction on a vu peu à peu la tête s'user par en haut et remonter progressivement dans le cotyle.

En résumé, la radiographie doit être pratiquée aussitôt la luxation reconnue ou soupçonnée et après la réduction plusieurs radiographies compléteront nos constatations dans la suite.

TRAITEMENT

Le traitement des luxations spontanées brusques de la hanche est, certes, un des chapitres le plus délicats à traiter dans l'histoire de cette affection.

Il nous faut envisager, nous semble-t-il, tout d'abord un traitement prophylactique, dont le but est d'écarter cette éventualité malheureuse chez des malades atteints, soit d'arthrite de la hanche, soit de manifestations infectieuses générales, chez lesquels on peut redouter la production de cet accident pathologique. Dans une seconde partie plus détaillée, nous devrons ensuite étudier les différents problèmes thérapeutiques que pose la constatation d'une luxation spontanée brusque de la hanche, problème difficile à résoudre : faut-il réduire d'une part, et à quel moment faut-il réduire ? Autant de questions qui viennent à l'esprit de l'orthopédiste, et que nous essayerons d'éclaircir avec les données de notre expérience personnelle et des déductions qu'impose la lecture des diverses observations publiées.

I. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Le traitement prophylactique de la luxation de la hanche n'a guère été envisagé par les différents

auteurs qui se sont occupé de l'affection que nous étudions.

Il nous semble cependant du plus grand intérêt de signaler sa nécessité. Nous ne faisons d'ailleurs, sur ce point, que suivre les directives de notre Maître, le Professeur FRÆLICH, en ce qui concerne le traitement de la luxation de la hanche en général.

Guérir est bien; prévenir est mieux, dit un axiome célèbre qu'on fort bien mis en évidence MM. SPILLMANN et J. PARISOT. Notre thérapeutique, en toute chose, doit tendre à prévenir la maladie, et quand celle-ci est déclarée, prévenir ses complications.

Notre conduite doit toujours être dominée par ce principe. En ce qui concerne la luxation de la hanche, les directives thérapeutiques ont été magistralement énoncées par M. le Professeur FRÆLICH, particulièrement en ce qui concerne la luxation congénitale de la hanche chez les enfants prédisposés à cette complication.

Thérapeutique d'ailleurs fort simple, dont le moyen principal est de maintenir en *abduction marquée* le membre inférieur passible de luxation.

Cette abduction maintient en effet la tête fémorale constamment logée à l'intérieur de la cavité cotyloïde, et fait éviter l'adduction, cause fréquente de luxation.

Chez le tout jeune enfant, on réalise facilement cette abduction en plaçant entre les cuisses un petit sac de forme triangulaire dont le sommet répond à la région génitale du malade; le coussin doit être constamment maintenu en place à l'aide de lacs faits, soit de toile, soit d'un tissu quelconque: bande Velpeau,

par exemple, qui solidarise le coussin avec le bassin d'une part, et avec les cuisses du petit malade, d'autre part.

Le coussin étant, de par sa situation, soumis à de continuelles souillures fécales et urinaires, il est bon de le garnir ou de le recouvrir d'une étoffe imperméable ou caoutchoutée qui permettra de le tenir dans un état de sécheresse et de propreté constantes.

Chez l'adulte, il est très facile de remplacer ce coussin caoutchouté par l'écarte-cuisses qu'a décrit aussi M. FRÆLICH, appareil très simple, composé de deux colliers embrassant les cuisses, réunis entre eux par une tige rigide dont on peut régler la longueur. Il suffit, en effet, que cette tige soit constituée de deux éléments: une tige creuse, dans laquelle glisse un tige cylindrique pleine. L'écartement voulu est obtenu par une série de trous perforés dans la tige pleine, et dans lesquels vient se glisser une fiche passant en même temps dans un orifice unique percé dans la tige creuse.

Cet écarte-cuisses, nous devons l'appliquer chez tout malade atteint de phénomènes articulaires au niveau de la hanche, et chez lesquels les symptômes cliniques et les constatations radiologiques permettent de faire redouter la constitution d'une luxation spontanée.

On l'applique donc aux malades présentant un gros épanchement articulaire ou bien porteurs d'un cotyle ovalisé ou de lésions du bourrelet cotyloïdien, permettant une issue facile de la tête fémorale hors de la cavité articulaire.

Cependant, ce traitement prophylactique est difficile à appliquer. Il est difficile, en effet, d'imposer à un malade le port d'un tel appareil dans tous les cas d'arthrite de la hanche. Comme nous l'avons fait remarquer, la luxation spontanée brusque reste néanmoins une insigne rareté dans l'évolution des arthrites de la hanche, et d'autre part, il n'est guère de symptômes cliniques ou radiologiques qui permettent de se méfier de la production possible de pareil accident.

Enfin, il est toute une catégorie de cas qui échappent à cette thérapeutique prophylactique : c'est celle qui embrasse tous les malades chez lesquels la luxation spontanée a été le premier phénomène révélateur d'une coxalgie ou d'une arthrite coxo-fémorale, de nature quelconque, qui ne s'est bien confirmée que dans les jours suivants.

Le traitement prophylactique reste donc, et nous devons le regretter, une thérapeutique d'exception.

II. — TRAITEMENT DE LA LUXATION

La luxation une fois constituée, toute une série de nouveaux problèmes thérapeutiques se pose à nous, que nous pouvons résumer en trois grandes questions : doit-on réduire ? A quelle période de l'affection doit-on réduire ? Et par quels moyens doit-on réduire ?

Nous ne voulons envisager, en effet, dans ce chapitre, que le traitement de la complication qui nous intéresse, et non de l'affection qui en été la cause.

DOIT-ON RÉDUIRE ?

Cette question est, certes, la plus facile des trois à résoudre. Il est bien évident, en effet, que notre but d'orthopédiste est, avant tout, de corriger toute malformation, principalement celles qui viennent se constituer sous nos yeux, et vis-à-vis desquelles nous possédons une thérapeutique efficace.

Une luxation une fois constituée, notre but unique doit être de remettre dans leur état normal les différentes extrémités osseuses au contact l'une de l'autre.

Il n'est pas, en effet, de cas cliniques prévus dans lesquels une luxation soit préférable à une hanche en place. Serait cependant à envisager le cas, jusqu'ici jamais rencontré, où une luxation pathologique coïncidant avec une luxation, congénitale ou autre, de la hanche opposée, où une luxation double pourrait à l'extrême rigueur rendre à l'individu de meilleurs services qu'une luxation unilatérale. On peut aussi envisager le cas de lésions cotyloïdiennes où la présence en sa place normale de la tête fémorale pourrait faire redouter la formation d'une irruption pelvienne, ou luxation centrale de cette tête; une luxation iliaque bien appuyée pouvant rendre, temporairement du moins, de meilleurs services qu'une hanche en position normale.

On peut se demander, en dernier lieu, s'il faut respecter une luxation, premier symptôme d'une affection se révélant dans la suite. Cette luxation ne constitue-t-elle pas, en effet, un moyen de défense de l'organisme. Dans la coxalgie, par exemple, avec luxation

comme symptôme prémonitoire, ne risque-t-on pas de voir s'accroître le processus pathologique si l'on réduit la luxation?

La réponse semble facile à formuler : la luxation n'était due qu'à un phénomène de contractures musculaires ou à une présence exagérée de formations pathologiques intra-cotyloïdiennes ; la luxation constitue une complication de l'affection, et non pas un phénomène de défense de l'organisme. Par suite, elle ne doit pas être respectée.

A QUEL MOMENT DOIT-ON RÉDUIRE ?

Ici, interviennent deux facteurs bien différents qui peuvent d'ailleurs se trouver absolument en contradiction, et entre lesquels le choix peut devenir des plus délicats.

Ces facteurs sont, l'un, d'ordre général ; l'autre, d'ordre local.

Le *facteur d'ordre général* intervient au premier chef, car c'est lui qui conditionne la vie du malade.

Toute réduction de luxation entraîne, en effet, un choc intense. Le choc est causé tout d'abord par la nécessité d'une anesthésie générale, et, ensuite, par les manœuvres orthopédiques ou chirurgicales. Les manœuvres orthopédiques sont le plus souvent des exercices violents. Il faut, en effet, lutter contre des muscles puissants, muscles de la cuisse, psoas, muscles fessiers, et par suite déployer une force peu commune. Il faut ensuite amener un mouvement osseux assez considérable, ramener la tête fémorale de la fosse

iliaque dans la cavité cotyloïde, en la faisant sauter au-dessus du bourrelet cotyloïdien, toutes manœuvres qui ne sont pas sans retentir assez fortement sur le patient.

Or, les malades chez lesquels on intervient, sont ou bien des septicémiques, ou, tout au moins, des individus profondément infectés: coxalgiques, rhumatisants, blennorragiques, dont le cœur et les différents organes sont très fortement atteints.

Il peut donc exister des contre-indications d'ordre général pur, ou d'ordre général spécial cardiaque, hépatique, ou autre, qui fassent rejeter une réduction précoce d'une luxation.

Un bilan préopératoire rigoureux doit donc être soigneusement établi avant toute manœuvre de réduction.

Le *facteur d'ordre local* est loin d'être à dédaigner, et nous nous y arrêtons quelque peu.

Que se passe-t-il, en effet, au niveau d'une articulation après pareille luxation? Nombreuses sont les modifications anatomo-pathologiques rapides à s'installer et à se développer, qui peuvent rendre une réduction tardive impossible ou faciliter de graves désordres à ce niveau.

Ce sont d'abord des modifications *capsulaires*

La capsule articulaire d'une articulation soumise à ce genre de luxation subit en effet diverses altérations. Celles-ci sont dues, non seulement à l'affection causale frappant indistinctement les différents éléments articulaires, mais encore à la luxation elle-même.

Dans toute luxation, en effet, la capsule est étirée très fortement ; elle cède en certains endroits. Pour la réparer, se forme du tissu fibreux de fort mauvais aloi, pouvant donner au niveau, des surfaces mises en contact des adhérences cicatricielles plus tard irréductibles.

Mais surtout, l'étirement capsulaire donne à la capsule cette forme bien connue en sablier qui rend impossible toute réduction orthopédique ultérieure. L'interposition capsulaire est le danger qu'il faut à tout prix éviter dans ce genre d'affection.

On sait en effet qu'une capsule articulaire aussi étirée que l'est celle d'une articulation coxo-fémorale au cours d'une luxation ne tarde pas à présenter une forme caractéristique dite en « sablier » dont les deux larges extrémités correspondent à ses insertions sur le pourtour articulaire cotyloïdien, d'une part, et sur l'extrémité supérieure de l'autre. La portion rétrécie, parfois même accolée, qui se trouve dans la zone intermédiaire, entraînant parfois l'impossibilité de la réduction ; ou bien, si la réduction est encore possible, la capsule reste fixée entre les deux surfaces articulaires réduites et la luxation se reproduit irrémédiablement presque aussitôt.

Les lésions capsulaires ne sont pas d'ailleurs les seules à redouter au cours d'une luxation de ce genre. Les modifications *osseuses* ne tardent pas, elles aussi, à apparaître, rendant le pronostic fonctionnel de pareille hanche des plus réservés pour l'avenir.

Ces lésions osseuses sont dues, tout d'abord, à l'évolution du processus articulaire causal de la luxa-

tion. Développement d'ailleurs variable: comme nous l'avons noté au cours de notre chapitre clinique, le processus peut s'installer et exister seulement après la luxation; ou bien, au contraire, il avait déjà acquis un certain degré quand l'accident s'est produit. Dans tous les cas, ces lésions osseuses sont diverses: elles siègent au cotyle, dans la fosse iliaque et au niveau de la tête fémorale.

Au niveau du cotyle, on constate l'apparition des déformations bien connues de cette cavité articulaire au cours des différentes affections: comblement par des produits pathologiques, fongosités et autres, qui tendent à expulser à nouveau la tête fémorale, une fois la luxation réduite. Lésions du fonds du cotyle, avec pénétration plus ou moins profonde de la tête fémorale, migration pelvienne progressive qui peut ne s'arrêter que lorsque le bord antérieur du grand trochanter vient se buter au bourrelet cotyloïdien. Lésions du bourrelet lui-même avec disparition plus ou moins complète du cartilage, et parfois atteinte du sourcil osseux, tous phénomènes qui rendent difficiles le maintien de la luxation une fois réduite, et favorisent la déshabitation du cotyle.

Au niveau de l'os coxal, des lésions se constituent ou non, avec rapidité diverse d'ailleurs, au niveau de l'aile iliaque: formation d'un néo-cotyle plus ou moins profond qui, dans certains cas, d'ailleurs, peut constituer une issue heureuse pour la malformation.

Enfin, au niveau de la tête fémorale elle-même, ce sont là que nous constatons les modifications les plus rapides et les plus importantes.

En examinant les plus mauvais cas, il y a destruction, ou disparition complète de la tête fémorale, particulièrement dans la coxalgie. Tout au moins, on constate fréquemment des modifications importantes de la forme des contours et de la calcification de la tête, modifications qui peuvent, ou bien faire différer une réduction, ou bien rendre impossible les manœuvres ou la contention de la réduction.

En résumé, donc, il semble qu'il faille réduire le plus tôt possible toute luxation spontanée brusque de la hanche.

Seuls, des facteurs d'ordre général, et plus particulièrement un état grave, peuvent contre-indiquer la réduction.

Reste à savoir si la luxation aggrave les phénomènes généraux et locaux.

Certes, il est indiscutable qu'une réduction provoque une certaine réaction de l'organisme, retentissement qui peut se traduire par une exagération passagère des symptômes accusés par le malade, et en particulier par une légère ascension thermique.

La lecture des observations ne nous permet pas, cependant, de dire que la luxation donne un coup de fouet à l'infection causale, pas plus qu'elle ne favorise la localisation secondaire de cette manifestation. Et, en ce qui concerne la coxalgie, il ne semble pas que la réduction provoque, comme certains l'ont dit, des localisations méningées ou pulmonaires, entraînant rapidement le malade vers une issue fatale.

Au point de vue local, même réflexion: notre enquête ne nous a pas révélé que la réduction de la

luxation soit un facteur d'aggravation des lésions ostéo-articulaires; bien au contraire, comme nous l'avons montré, tout indique la nécessité d'une réduction rapide qui ne précipite pas l'évolution de l'affection, mais, au contraire, améliore le pronostic fonctionnel local.

COMMENT DOIT-ON RÉDUIRE?

Cette troisième question pose le problème du choix entre les moyens orthopédiques simples, d'une part, et les procédés chirurgicaux, d'autre part.

Ici, nous serons volontiers affirmatifs, et nous admettons, en principe, qu'on doit toujours, et avant tout traitement sanglant, faire un essai loyal des procédés orthopédiques qui, dans l'infime majorité des cas, suffisent à obtenir une excellente réduction.

En particulier, en ce qui concerne nos observations personnelles, il ne nous a jamais été nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

Quels sont les procédés orthopédiques que nous avons à notre disposition :

En premier lieu, la *traction continue*;

En second lieu, la *réduction orthopédique classique*.

Il faut faire parcourir à la tête fémorale, en sens inverse, le chemin qu'elle a parcouru pendant la luxation.

La *traction continue*: s'applique sur le membre luxé au moyen d'une poulie fixée au pieds du lit, d'une corde et de poids.

On s'arrange pour maintenir le bassin en bonne position. On place une écharpe autour de la cuisse luxée, et on l'attache à la tête du lit.

On prend ensuite une bande de leucoplaste de cinq centimètres de largeur et d'une longueur suffisante pour faire deux fois la longueur de la jambe, plus une trentaine de centimètres. On fait un trou au milieu, et on y fixe une planchette, trouée également, par laquelle on fait passer la corde, maintenue par un nœud. On colle la bande de chaque côté de la jambe, depuis la malléole jusqu'au milieu de la cuisse au moins; puis on la maintient en plaçant d'autres morceaux de leucoplaste en travers, mais de façon qu'il n'y ait pas de circulaire complet qui pourrait gêner la circulation dans le membre. On maintient le tout par une bande soupe. On fait passer la corde sur la poulie au pied du lit, et on met des poids, de façon à maintenir la jambe et à faire redescendre la tête fémorale en face de la cavité cotyloïde désertée.

On place la jambe en légère abduction; on la maintient de chaque côté, soit avec des coussins de sable, soit avec des bouteilles pleines de liquide et recouvertes d'alèzes. Mais il est rare que la traction continue suffise à réduire la luxation. Il faut de plus vérifier qu'elle est bien appliquée, et que la cuisse est en bonne position.

La traction continue est surtout un très bon mode de traitement à faire avant la réduction orthopédique classique.

La *réduction orthopédique classique* a été pratiquée de façon différente, suivant les chirurgiens.

Sans nous arrêter aux méthodes barbares employées au temps d'HIPPOCRATE pour la réduction des luxations de la hanche ou lorsque les méthodes de douceur n'avaient pas réussi, on employait des méthodes de force.

L'extension continue et contre-extension : on fixait des lacs extenseurs au-dessus du genou, et au-dessus du cou-de-pied, et on les reliait à un *treuil* qu'on faisait tourner. La contre-extension consistait en lacs placés sous les aisselles.

Le procédé de l'*échelle* était aussi douloureux. Le malade était placé à cheval sur le dernier barreau d'une échelle verticale ; on attachait un objet pesant à la cuisse du membre luxé, l'autre membre était fixé à l'échelle.

Un autre mode de traitement était celui de la *suspension* : le malade, suspendu par les pieds à une sorte de potence, la tête en bas, et le chirurgien se suspendait à son bassin si le poids du corps n'était pas suffisant.

Depuis, on employait des procédés plus simples où l'extension se faisait au moyen de lacs posés sur des poulies, et la réduction manuelle de différentes manières.

Mais, la méthode qu'emploie notre Maître, M. le Professeur FRÉLICH, nous paraît de beaucoup la plus simple. On commence par anesthésier le petit malade au chloroforme, de façon à obtenir un relâchement musculaire complet. Puis, on fléchit la jambe sur le bassin, le plus possible, de façon à faire descendre la tête fémorale jusqu'en face du cotyle, ce qui

est aidé par la tension des muscles ischio-jambiers. On fait maintenir solidement le bassin par un aide qui applique une de ses mains sur le pubis, de façon à ce qu'il ne soit pas entraîné par les mouvements qui vont suivre.

On empoigne le genou, la jambe étant toujours fléchie, et on lui fait faire un mouvement d'abduction en imprimant une force croissante et progressive. On peut aider à la propulsion de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, en plaçant le poing fermé sous le trochanter ou plus simplement un petit bloc de forme cubique et légèrement rembourré, construit à cet usage.

Si les adducteurs sont trop tendus, on peut les rompre en leur donnant quelques coups avec le plat la main.

On sent la tête rentrer dans la cavité après des manœuvres plus ou moins longues, et plus ou moins difficiles, suivant les cas. On entend quelquefois le bruit caractéristique décrit dans quelques observations.

Une fois la réduction obtenue, il faut la maintenir en bonne position par un appareil plâtré. On laisse la jambe en flexion à peu près à angle droit sur le bassin, et en extension, elle doit reposer par son bord externe sur la table. On la laisse pendant quatre mois au moins dans cette position.

On place la jambe ensuite dans des positions intermédiaires de façon que la tête fémorale reste bien fixée dans la cavité cotyloïde, et de façon que la luxation ne se reproduise pas.

On pratique toujours une radiographie après la réduction pour bien s'assurer que la tête fémorale a repris sa place.

Le *traitement sanglant* peut viser la réduction de la hanche dans les cas d'irréductibilité de la luxation ou bien atténuer les complications d'une luxation irréductible, même chirurgicalement.

Tout d'abord, la *reposition sanglante*: c'est là une méthode de traitement à l'ordre du jour, puisqu'elle est le sujet du prochain Rapport au Congrès d'Orthopédie que prépare notre Maître, M. MUTEL.

Cette reposition sanglante a été pratiquée dans les luxations spontanées brusques, comme elle l'a été dans le traitement des luxations congénitales.

Ce sont surtout des auteurs étrangers qui s'en sont servi. Nous avons pu réunir ainsi un certain nombre d'observations en France: GAYET, HUMBERT et JACQUIER; à l'étranger: BRUNO, BRÜNING, DITTEL, IRWIN, MUSCATELLO, NEVE, PAYR, REENSICK, SCHÖE-MAKER, SCHWANEBECK, SHEISSLER.

Si l'intervention n'est pas plus souvent pratiquée, c'est qu'en dehors du choc grave qu'elle entraîne, ses résultats ne sont pas aussi heureux qu'on pourrait s'y attendre, en particulier au point de vue de la mobilité ultérieure, et ce n'est vraisemblablement pas là une méthode d'avenir.

D'autres interventions ont été pratiquées; ainsi William ADAMS a enlevé une tête fémorale dans un cas de luxation spontanée dorsale de la hanche, irréductible. D'autres s'aident de ténotomies.

Quelle conduite faut-il tenir dans les cas de luxations irréductibles? Un facteur domine notre conduite, c'est l'appui de la hanche. Si la hanche est bien appuyée dans l'aile iliaque, le raccourcissement n'est pas trop marqué: abstention chirurgicale.

S'il existe de grosses déformations, en particulier une adduction gênante provoquant un raccourcissement apparent par trop notable, on pourra pratiquer une ostéotomie de redressement. Avec cela, port de petits appareils orthopédiques, et le pronostic fonctionnel ne sera pas trop mauvais.

Si la luxation est mal appuyée, on pourra soit créer un nouvel appareil pelvien, soit ankyloser la tête fémorale.

Dans la première éventualité, on s'adressera à l'ostéotomie à butée pelvienne, en particulier au procédé de notre Maître FRÆLICH qui donne de si excellents résultats.

Dans la seconde éventualité, l'ankylose sera obtenue par arthrodèse: avivement des surfaces osseuses au contact, ou bien abaissement d'un volet iliaque sur le trochanter, ou, à la rigueur, mise en place d'un greffon péronier.

Après réduction de la luxation, des séquelles articulaires peuvent exister, qui commandent d'autres interventions. La hanche est mal appuyée par suite d'une disjonction plus ou moins totale du bourrelet cotyloïdien à phénomène de luxation progressive. Dans ces cas, l'on s'adressera, soit à l'abaissement du grand trochanter, soit à la butée otéoplastique de SAUER.

Si, au contraire, la hanche étant en place et bien appuyée des douleurs persistent, ou bien la mobilité est presque disparue, on pourra être amené à pratiquer, soit une opération redonnant de la mobilité articulaire : arthroplastie, soit au contraire ankyloser de façon définitive l'articulation ; arthrodèse suivant les différents procédés intra, extra-articulaire, ou mixte.

Les diverses interventions orthopédiques et chirurgicales que pose la luxation spontanée brusque de la hanche nous permettraient donc facilement de passer en revue toute la chirurgie de cette articulation, problème de haute actualité, certes, mais qui dépasse le cadre restreint de la présente étude.

PRONOSTIC

Si l'on en croit les anciens auteurs et certains chirurgiens allemands le pronostic des luxations spontanées brusques de la hanche serait des plus sérieux, et la réduction par simples manipulations serait impossible. Ainsi KRONLEIN, en 1882, avait écrit la phrase suivante : « Quand la luxation est incomplète, il est encore possible parfois de la réduire, mais quand elle est complète, on peut se convaincre par l'étude de l'anatomie pathologique que les tentatives de réduction ne peuvent donner de résultat. »

VOLKMANN semble partager cette opinion.

De même dans le *Traité de Chirurgie*, de DUPLAY et RECLUS, nous lisons les lignes suivantes : « La réduction des luxations spontanées, suites d'arthrites infectieuses, est bien difficile, sinon impossible ; il n'y a guère qu'un cas de CAPELLE dans lequel elle ait été maintenue. LANNELONGUE a aussi rapporté un exemple de réduction, mais la moindre pression sur le trochanter reproduisait la luxation. Il n'y a qu'une intervention chirurgicale, l'arthrodèse, qui puisse remédier à ces désordres, mais jusqu'ici on ne compte guère de tentatives faites dans ce sens. »

Nous ne sommes pas de cet avis et nous nous rallions à l'opinion de KIRMISSON et de ses élèves :

HARTMANN et SAINTON: « Analogues aux luxations traumatiques, elles doivent être traitées comme elles par la réduction sous le chloroforme et les faits démontrent que cette réduction bien conduite aboutit le plus souvent à la guérison. »

Nous croyons donc que le traitement bien mené doit donner un bon résultat.

Néanmoins, *le pronostic immédiat* peut être à réserver. En effet, il faut tenir compte de l'état général du malade au moment où se produit la luxation et, pour certains cas, nous avons vu la mort survenir sans que le chirurgien ait pu intervenir.

Il faut tenir compte de la gravité de la maladie qui a provoqué la luxation. On pourrait croire, étant donné les symptômes souvent tapageurs accompagnant la luxation spontanée, que l'affection qui l'a produite et la luxation en elle-même soient très graves.

En particulier pour la coxalgie, il ne faut pas être alarmiste, étant donné que les lésions osseuses n'ont pas encore eu le temps d'évoluer. Il sera donc facile de remettre en place les extrémités osseuses, puisque le cotyle a conservé ses dimensions.

Dans certains cas et surtout pour ceux de rhumatismes articulaires aigus, de blennorragie, affections presque toujours accompagnées de lésions cardiaques, le pronostic est à réserver. Il ne serait pas prudent, en effet, de traiter pendant une forte crise et la luxation, nous le savons, ne modifie en rien l'évolution de la maladie, cause de l'arthrite prédisposante.

Pronostic éloigné. — Il est tout à fait différent, suivant qu'on a l'intention de laisser la luxation sans traitement ou de la traiter par une des méthodes que nous avons décrites.

Autrefois surtout il a été cité des cas de luxations spontanées de la hanche, qui n'ont pas été réduites. Souvent ces lésions n'étaient pas reconnues à temps et, devant l'ignorance de ces cas, les anciens auteurs n'osaient pas pratiquer la réduction; ces malades gardaient leur luxation, avaient un membre raccourci, et presque toujours une ankylose de la hanche.

Sans traitement, on risque, en effet, de voir la hanche s'ankyloser. Mais devant certains cas où le malade ne supporterait pas l'intervention, il faut se demander si l'ankylose accompagnée d'un raccourcissement même important n'est pas préférable à une réduction tentée dans de mauvaises conditions et sans certitude de réussite.

Lorsque le traitement peut être tenté, et il doit l'être dans la plupart des cas, on a beaucoup de chance d'avoir un bon pronostic fonctionnel. On n'est pas sûr d'éviter la récurrence, mais avec une réduction maintenue en bonne position dans un appareil plâtré, on a beaucoup de chance d'avoir un bon résultat. On ne peut pas assurer que le membre reprendra complètement ses fonctions primitives. Mais il est certain que le raccourcissement sera toujours diminué et que l'abduction augmentera dans des proportions notables.

Dans les quelques observations personnelles que nous avons pu recueillir ou dans celles que nous

avons relevées autour de nous, il nous semble bien que la réduction précoce est un traitement de choix.

Mais pour ces luxations, de même qu'il est impossible de dresser un tableau clinique type, il est aussi très difficile de formuler un pronostic précis. Il faudra juger pour chaque cas au moment où le malade sera vu pour la première fois. Il est bien évident que le pronostic ne sera pas le même pour un malade qui a une luxation très récente, que pour un malade dont la luxation remonte à plusieurs années.

En résumé, le pronostic de la luxation doit être envisagé, mais s'il ne peut influencer en rien celui de l'affection primitive, il varie avec la valeur de l'arthrite originelle, l'âge du sujet, l'ancienneté de la luxation et d'autres facteurs qui rendent une appréciation d'ensemble impossible.

CONCLUSIONS

1° Nous avons envisagé uniquement dans le présent travail l'étude de la luxation spontanée brusque de la hanche chez l'enfant. Sous ce terme, nous envisageons uniquement les luxations survenant sans cause apparente; chez des sujets atteints d'une maladie infectieuse générale ou locale, mais présentant toujours une intégrité quasi-absolue des extrémités osseuses constituant l'articulation coxo-fémorale.

2° Cette catégorie d'affection est connue de longue date, cependant c'est seulement depuis l'apparition de la radiographie que l'on a pu individualiser et décrire, de façon minutieuse, pareille éventualité.

3° Les hanches luxées, si elles ne présentent pas d'altérations osseuses, sont atteintes de diverses altérations pathologiques au niveau de la capsule articulaire, à l'intérieur de la synoviale et de la cavité cotyloïdienne. Ces altérations consistent en épanchement liquidien et en accumulation de fongosités.

4° Le mécanisme de cet accident a été diversement interprété par les auteurs, les uns faisant intervenir l'accumulation de produits pathologiques intra-articulaires, qui chassent la tête fémorale, d'autres l'action des contractures musculaires. A notre avis, il faut être éclectique et savoir, suivant les cas, interpréter le mécanisme des phénomènes.

5° On rencontre ces luxations dans de très nombreuses maladies infectieuses générales, en particu-

lier la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la scarlatine, la blennorrhagie, la pneumonie, etc., ou dans des infections localisées : coxalgie, ostéomyélite. Il est difficile de préciser la date d'apparition de cette complication qui survient tantôt avant même les premiers symptômes infectieux, à la période d'état ou au cours de la convalescence.

6° Cette éventualité se rencontre le plus souvent chez l'enfant vers l'âge de onze ans, sans que le sexe ait d'influence marquée, l'accident est le plus souvent dramatique, et l'on constate aussitôt les grands signes classiques de la luxation de la hanche, qui est presque toujours iliaque.

7° L'examen radiologique permet de vérifier l'existence de la luxation et d'étudier l'état du squelette.

8° Le pronostic d'une pareille complication ne semble pas influencer du point de vue vital, mais la fonction de la hanche est toujours considérablement atteinte dans la suite si le traitement n'intervient pas rapidement.

9° On doit réduire le plus tôt possible pareille luxation, sauf dans le cas où l'état général est trop gravement menacé. La réduction s'obtient facilement par des procédés orthopédiques simples : *traction continue, réduction manuelle*. Le traitement sanglant ne peut être envisagé que dans les formes irréductibles, dans les luxations anciennes et dans les séquelles de luxation réduite. Il ne diffère en rien, d'ailleurs, du traitement classique de ce genre de complications, que l'on rencontre dans le traitement des luxations traumatiques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(BROCA, *Revue d'Orthopédie*, 1906)

LUXATION DE LA HANCHE AU DÉBUT D'UNE COXALGIE

Une fille de 13 ans a commencé à boiter, dit sa famille, vers le 10 juin 1905; mais, après un interrogatoire plus précis, on arrive à remonter plus haut: six mois auparavant, à peu près, durant lesquels il y avait un peu de fatigue à la marche prolongée, un peu de faiblesse de la jambe gauche à la fin de la journée.

Mais du commencement de juin datent les premiers symptômes qui attirèrent réellement l'attention. Et, le 23 juin et le 3 juillet furent consultés, à Versailles puis à Paris, deux médecins qui conclurent à un rhumatisme de la hanche.

Le dernier consultant, toutefois, fit des réserves, et conseilla de me demander avis si la claudication continuait.

On n'eut pas le temps d'attendre, car, le 9 juillet eut lieu un accident brusque: l'enfant était assise en voiture, sur la banquette arrière, lorsque le cheval s'arrêta brusquement. en sorte qu'elle fut projetée en avant; et il semble que son genou ait choqué légèrement contre le bord du strapontin avant. De là, douleur immédiate et impotence fonctionnelle complète. L'enfant dut être amenée à domicile et toute de suite couchée.

Je fus appelé auprès d'elle le lendemain, et constatai une flexion notable de la cuisse, avec adduction et rotation en dedans. L'enfant était très grosse, souffrait beaucoup, ne

pouvait que très difficilement être remuée, et sans exploration plus complète, je me bornai à prescrire l'extension continue, pour calmer les souffrances.

Huit jours après, je revins, et je constatai les signes d'une luxation en haut et en arrière. Il fut alors décidé que l'enfant serait amenée à Paris et que je la soumettrais à l'examen de M. KIRMISSON, en raison de sa compétence sur ce point spécial.

C'est ce qui fut fait le 28 juillet, et notre besogne fut alors aisée, car nous avions à ce moment sous les yeux une radiographie tout à fait démonstrative. La tête était luxée, mais non rongée; le cotyle n'était pas éculé. Aussi fûmes-nous d'accord pour conseiller la réduction sous chloroforme, et je la pratiquai le 29 juillet. Les manœuvres furent exactement celles de la traction en flexion avec légère rotation en dehors au bout de quelques instants, telles qu'elles sont aujourd'hui régularisées pour la luxation traumatique dite régulière.

La réduction fut brusque, avec ressaut: il fut évident, toutefois, que la tête passait sur une sorte de coussin fongueux et que, d'autre part, elles se déboîtaient facilement par flexion et adduction. Après réduction, plâtre en extension avec abduction légère. La radiographie prouve qu'il y a réduction vraie.

L'appareil plâtré a été changé deux fois pour cause d'engraissement et une fois pour cassure.

L'état général est parfait.

A partir du jour de la réduction, l'enfant a cessé de souffrir et a mangé d'excellent appétit. Localement, la région est peu sensible à la pression, et il n'y a aucune menace d'abcès.

OBSERVATION II

(M. le Professeur FRÉLICH, *Revue Médicale de l'Est*
1922, p. 177)

LUXATION SPONTANÉE BRUSQUE ET PRÉCOCE DE LA TÊTE FÉMORALE COMME PREMIER SYMPTÔME DANS LA COXALGIE TUBERCULEUSE

Il s'agit d'un petit garçon de 8 ans, dont l'état général laissait à désirer depuis quelque temps et dont le père avait eu une tumeur blanche du genou. Cet enfant, il y a deux mois, ayant été bousculé par des camarades, aurait ressenti une douleur vive dans la hanche. Il put rentrer, on le radiographia et l'on ne trouva rien. Il reste au lit, les douleurs se calmèrent, mais au bout d'un mois elles devinrent spontanément plus fortes et la jambe se raccourcit.

On amena ce garçon au service, on constate une déformation de la hanche, de l'adduction et de la rotation interne, des ganglions dans l'aîne et de l'atrophie du mollet. La température oscille entre 37°5 et 38°5 rectal. Peu d'empâtement. Une radio indique une luxation iliaque de la hanche, avec intégrité apparente de la cavité cotyloïde et de la tête fémorale.

Cette luxation brusque et spontanée dans une coxalgie au début était récente. Une traction continue à poids progressifs arrive à la réduire en trois jours, comme l'indique une radiographie. L'enfant fut plâtré et la coxalgie va évoluer comme une coxalgie banale.

OBSERVATION III

(Inédite)

LUXATION BRUSQUE DE LA HANCHE GAUCHE AU DÉBUT D'UNE COXALGIE

P... Louis, 6 ans et demi, est amené au service d'Orthopédie et de Chirurgie infantile de M. le Professeur FRÉLICH

le 29 novembre 1921. Il serait tombé, quatre semaines auparavant, sur ses pieds, du haut d'un petit mur d'un mètre. Il rentre chez lui en boitant, et fut porté, le lendemain, en classe; mais il se plaint fort de douleurs. Le surlendemain, forte température, accompagnée de délire. Il reste couché depuis, et a la cuisse gauche en gigot.

A l'entrée au service, la jambe est en adduction, flexion (cambrure), pas de rotation anormale. A la palpation, ascension du grand trochanter. On pense à l'existence d'une luxation de la hanche. D'ailleurs ce diagnostic est vérifié par l'examen radiologique, qui nous montre une luxation iliaque de la hanche, dont les extrémités osseuses sont apparemment intactes. La région inguinale gauche est comblée par des ganglions. La langue est blanche, et le malade a vomi le matin de l'entrée.

On réduit, par des manœuvres orthopédiques, cette luxation de la hanche, celle-ci se réduit bien, mais il se produit un accident au cours des manœuvres; en effet, à la radiographie, on constate une fracture juxta-cervicale. On place alors une traction continue. La fracture se consolide bien, mais il se développe au niveau de la hanche une coxalgie typique.

Le 3 décembre, la température se maintient entre 38° et 38°5; gonflement de la région inguinale qui diminue les jours suivants.

Le 10 décembre, le membre, ayant repris sa taille normale, on l'immobilise dans un appareil plâtré, en abduction.

Le 15 mai, l'enfant revient au service. Il a une forte température, de la diarrhée, un gonflement de l'articulation. Il y a de gros ganglions qui ne tardent pas à s'ouvrir et à se fistuliser.

Le 19 mai, la diarrhée a cessé; la température oscille entre 38° et 39°.

Le 25 mai, on pose un appareil plâtré avec une guêtre pour permettre l'héliothérapie et les mouvement de l'articulation.

Le jeune malade revient se montrer le 6 février 1923. Il est en bonne voie de guérison. Les fistules sont presque fermées. On décide de ne plus poser d'appareil plâtré.

Nous avons appris que l'enfant était mort, quelques années plus tard, de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION IV

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le Professeur FRÉLICH)

LUXATION SPONTANÉE BRUSQUE DE LA HANCHE GAUCHE AU DÉBUT D'UNE OSTÉOMYÉLITE DU TIBIA DROIT

R..., étudiant, 33 ans, originaire d'Alger.

Antécédents héréditaires. — Très bons: les parents sont âgés de 82 et 75 ans, en bonne santé. Issu d'une famille nombreuse, dont tous les membres sont sains.

Antécédents personnels. — Le malade a eu la fièvre typhoïde à 6 ans. Puis, à 12 ans, atteinte d'ostéomyélite du tibia droit. On lui fait trois opérations (deux trépanations du tibia et une du péroné). Il a eu des abcès métastatiques en plusieurs parties du corps, en particulier au niveau de la cuisse gauche et à la base de l'omoplate gauche.

En 1914, alors que l'ostéomyélite durait depuis 18 mois, le malade étant encore alité, voulut soulager sa jambe droite, il replia la jambe gauche, en tournant le genou vers l'intérieur, et la glissa sous la jambe malade. Il trouva un grand soulagement dans cette position, qui empêche le talon droit de reposer sur le plan du lit. Il est depuis 24 heures environ dans cette position, lorsqu'il est réveillé par de fortes douleurs au niveau de la hanche gauche. Il sent à ce moment sa jambe gauche se replier complètement sous lui; le talon venant toucher la fesse; la jambe reste en flexion complète, et en rotation interne, et le malade ressent de grandes secousses dans tout le membre inférieur gauche.

Le médecin appelé aussitôt croit à une nouvelle atteinte

d'ostéomyélite et lui conseille le repos au lit pendant un mois, lui donnant l'espoir d'une guérison prochaine.

Le malade, âgé à ce moment de 14 ans, sort de la clinique. L'ostéomyélite est terminée. Plus de suppuration. Mais, en



FIG. 2

marchant, il boite fortement du côté gauche. Il reprend ses études et ne ressent aucun malaise.

Il passe, en 1918, pendant la guerre, le conseil de révision à Marseille. Il est ajourné, et on lui conseille de faire réduire sa luxation, seulement reconnue à cette époque.

Il retourne à Alger, à l'hôpital de Mustapha, où le Docteur PÉLISSIER devait l'opérer, lorsque ce praticien fut rappelé en France pour aller au front. L'opération est ajournée; le ma-

lade continue ses études, et devient ingénieur dans les mines d'Algérie.

A la suite de diverses circonstances, il vient à Nancy, à la Faculté des Sciences. Ce malade a été vu pour la première fois par M. le Professeur FRÆLICH, le 18 mars 1933. A ce moment, il présente de grandes cicatrices sur le tibia droit et sur le péroné. La marche n'est pas gênée de ce côté. A gauche, par contre, il y a un raccourcissement fonctionnel du membre inférieur gauche de 14 cm., dû à l'adduction, la flexion et l'ascension de l'épine iliaque; cette ascension est de 3 cm. et n'est pas fixée.

Le raccourcissement réel est de 6 cm. L'adduction est de 7 cm. A la partie moyenne de la cuisse gauche, apparaît une grosse cicatrice (métastase). La hanche fléchit jusqu'à 90°, l'abduction est impossible. L'adduction peut être un peu augmentée; la rotation se fait de quelques degrés. Atrophie de 2 cm. de la cuisse gauche. Il marche sur la pointe du pied, en relevant le bassin du côté gauche. L'état général est très bon.

Nous avons vu ce malade le 8 avril 1933, et nous avons fait une radiographie de son bassin. Il y a une luxation iliaque de la hanche gauche (voir figure 2).

Le malade doit être traité très prochainement.

On lui appliquera d'abord, pendant quelques jours, une traction continue, puis une réduction simple par la méthode que nous avons décrite. Nous espérons qu'il sera inutile de recourir à un traitement sanglant.

OBSERVATION V

(NICOD, *Revue d'Orthopédie*, octobre 1928, p. 641)

LUXATION DE LA HANCHE DROITE

AU COURS D'UNE OSTÉOMYÉLITE DU FÉMUR DROIT

Garçon de 15 ans, entré dans le service il y a huit jours. La naissance a eu lieu au forceps, avec blessures multiples dont il n'est resté aucune trace.

L'enfant a été nourri au sein pendant une année. Coqueluche à six ans; jusqu'à sept ans, nombreuses bronchites. A neuf ans et demi, il ressent assez subitement des douleurs dans la hanche droite; les parents apprennent incidemment qu'il avait, quelques mois auparavant, reçu sur la hanche un violent coup de pied qui l'avait renversé. Quelques jours après l'apparition des douleurs dans la hanche, il est atteint d'une double pneumonie. Le processus infectieux se généralise; le coude gauche, l'épaule droite se prennent à leur tour, et, en peu de temps, le malade est recouvert de plaies multiples, fistuleuses.

Aujourd'hui, on compte 78 cicatrices de fistules, dont une dizaine autour de la fesse droite. La hanche droite présente une déformation considérable. La tête fémorale est subluxée, et la cuisse, par rapport au bassin, se trouve en partie fixée; en flexion de 90°, en adduction et forte rotation interne. Le trochanter dépasse de 3 cm. la ligne de Nélaton-Roser. L'amplitude des mouvements, tant actifs que passifs, est fortement diminuée. La radiographie souligne d'une façon évidente le déplacement de la tête, sa subluxation, les altérations du cotyle lui-même et la position vicieuse du fémur.

La déformation de la hanche a occasionné une déviation vertébrale secondaire, dorso-lombaire droite et cervico-dorsale gauche.

Les suppurations fistuleuses prolongées ont produit une dégénérescence amyloïde considérable. Il existe encore 18 % d'albumine dans les urines. Dès que l'état général le permettra, on interviendra et on cherchera la fixation de la tête fémorale en bonne position par ankylose osseuse.

OBSERVATION VI

(P. BACHMANN et M^{me} LUTIGNEAUX, *Echo médical du Nord*,
9 avril 1932, p. 175)

UN CAS DE LUXATION PATHOLOGIQUE SIMPLE DE LA HANCHE D'ORIGINE OSTÉOMYÉLITIQUE

Char... René, 8 ans, entré au sanatorium le 22 août 1931. De parents bien portants, il est le deuxième d'une famille de quatre enfants et possède un frère jumeau, le quatrième est décédé à vingt mois de broncho-pneumonie.

Antécédents personnels. — Né à terme, allaitement artificiel, première dent à neuf mois, premiers pas à quinze mois, rougeole et coqueluche dans la première enfance.

Le 23 janvier 1931, début brusque d'une ostéomyélite du tibia droit, qui a été opéré huit jours après. Le jour même de l'opération on découvre un foyer ostéomyélitique de l'épaule du même côté que l'on opère à la même séance.

A son entrée, il présente :

1° Epaule droite : une cicatrice opératoire linéaire de 8 cm. de long, elle présente un point fistuleux à son milieu.

2° Jambe droite : plaie opératoire occupant la face interne de la jambe droite, toute sa moitié inférieure cicatrisée dans sa plus grande partie, ulcérée et bourgeonnante en son tiers inférieur. Hypertrophie du tiers inférieur du tibia ; os non douloureux ; péroné indemne, articulations du genou et du cou-de-pied indemnes...

Depuis son entrée, il présenta, dans les derniers jours de septembre, un état subfébrile de six jours avec maxima vespéraux à 37°7 ou 37°8, avec issue, les 22 et 24 septembre, de petites esquilles du tibia.

Le 3 octobre, je suis informé, au milieu de la journée, que l'enfant souffre violemment du genou gauche et qu'il est impossible de le toucher. Cet état dure depuis le matin. L'avant-veille il avait eu, le soir, une température de 37°8,

la veille au soir 38°, et s'était plaint un peu de la jambe gauche.

Je vois l'enfant vers 17 heures. Il m'apparaît un peu recroquevillé dans son lit, se défendant en portant les mains en avant et en criant, contre toute tentative d'examen. Quand je parviens à vaincre ses craintes, je constate qu'il localise sa douleur au genou et se plaint surtout quand on lui soulève la cuisse. Il est facile de se rendre compte que le genou est indemne et que la hanche seule est en cause.

La cuisse est, en effet, fléchie sur le bassin à 90° environ, en forte adduction et en rotation externe marquée. Elle est absolument immobilisée dans cette attitude, le bassin suivant la cuisse dès le début du mouvement provoqué. Le grand trochanter fait une forte saillie en arrière et en dehors; il dépasse notablement la ligne de Nélaton. La région ischio-trochantérienne, au lieu de former gouttière, présente au contraire une voussure au niveau de laquelle on perçoit une fluctuation nette.

Nous diagnostiquons: luxation pathologique de la hanche avec collection, probablement d'origine articulaire, qu'en raison du mouvement fébrile des jours précédents nous croyons pouvoir attribuer à une arthrite légère coxo-fémorale.

Nous rappelons que le malade n'a jamais présenté et ne présente pas actuellement de foyer d'ostéomyélite du membre inférieur gauche.

La radio, faite d'urgence, confirme le diagnostic de luxation. La tête fémorale a sa forme normale. Elle est sortie de la cavité cotyloïde et chevauche le sourcil. Elle est en légère rotation, comme l'indiquent le redressement du col et la large projection du petit tronchanter. La cavité cotyloïde a sa forme normale (sauf une petite anomalie au niveau du sourcil et qu'on retrouve du côté sain); cependant, ce cotyle est malade. On remarque, en effet, au niveau de sa partie ischio-pubienne et empiétant sur le cartilage en Y, une encoche assez régulièrement arrondie qui entame la branche externe de l'U radiologique et en supprime le tiers supérieur.

L'enfant est immédiatement transporté à la salle d'opération. Narcose au balsoforme (M^{me} LUTIGNEAUX). Ponction de la collection rétro-trochantérienne; issue spontanée et par aspiration d'environ 25 centimètres cubes de liquide séreux, louche, brun pâle.

Lorsque la résolution musculaire est obtenue, on essaie de réduire la luxation de la hanche par traction continue dans l'axe du membre. On arrive progressivement à amener le grand trochanter gauche à la hauteur de son congénère. A ce moment, on porte le membre en abduction légère en continuant la traction et, avec une relative facilité, on parvient à donner au membre l'attitude classique de la coxalgie en bonne position: flexion très légère, abduction moyenne, légère rotation. C'est ainsi que nous l'immobilisons dans un grand appareil plâtré prenant le pied.

Aucun claquement articulaire ne nous a donné la preuve que la réduction a été obtenue. L'attitude seule du malade, qui est aussi bonne que possible, nous en donne l'impression, mais une vérification radiologique est nécessaire.

Le soir, la température ne dépasse pas 37°6. L'enfant ne souffre plus.

1 octobre. — Température matin 37°1. Il a passé une bonne nuit et va bien; température soir 37°5; dans la soirée il se plaint de l'appareil trop serré au ventre et a un vomissement alimentaire. Le plâtre est échancré.

5 octobre. — L'enfant se plaint du genou. T. M. 38°4; T. S. 38°8. Il continue à se plaindre du genou malgré une fenêtre faite à ce niveau.

6 octobre. — T. M. 38°1; T. S. 39°. L'enfant est grognon parfois, il pousse des cris inconsciemment, le jour aussi bien que la nuit. Une fenêtre est pratiquée dans l'appareil derrière le grand trochanter.

7 octobre. — Il ne se plaint plus, mais a encore de la fièvre. T. M. 38°4; T. S. 38°8.

8 octobre. — T. M. 37°3. L'enfant n'étant plus fébrile, on fait faire la radiographie de contrôle à travers l'appareil.

La tête fémorale est en bonne place sous le toit cotyloïdien; elle n'est pas tout à fait au fond, mais cela tient à la destruction partielle de ce fond. La réduction est parfaite puisque la courbure de la tête épouse exactement en haut la courbure du toit du cotyle.

Les jours qui suivent, la température remonte encore, mais ne dépasse pas 37°8, le 8 octobre et 38°5 le 9 octobre. Un peu de fluctuation a reparu dans la région ischio-trochantérienne. Une ponction pratiquée le 9 ne donne pas de liquide, d'ailleurs; le 10 octobre, la température est retombée à 36°9 le matin et n'a pas dépassé 37°5 le 11 au soir.

Les 15 et 16 octobre, la température remonte un peu. L'abcès s'est reformé. La ponction ramène environ 8 centimètres cubes d'un liquide ayant l'aspect du premier liquide extrait. L'examen bactériologique du liquide prélevé à la première ponction donne le résultat suivant:

Liquide riche en albumine, nombreuses hématies, assez nombreux leucocytes polynucléaires, lymphocytes, pas de microbes.

L'examen du liquide de la seconde ponction révèle la présence de nombreux leucocytes mono et polynucléaires, d'hématies, de cocci gram positif.

La culture a relevé la présence de staphylocoque doré (le liquide recueilli à la première ponction n'avait pas été cultivé).

Il s'agit bien ici d'une luxation pathologique simple de la hanche telle que l'a définie M. le Professeur LE FORT.

OBSERVATION VII

(CONTARGYRIS, *Revue d'Orthopédie*, octobre 1928, p. 646)

LUXATION SPONTANÉE DE LA HANCHE AU COURS D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE

M. Fr. Apostol, 18 ans, se portait bien jusqu'à l'âge de 4 ans. A cette date, il fut atteint d'une fièvre typhoïde au cours de laquelle il eut une arthrite de la hanche, suivie d'une

luxation pathologique de cette articulation. La luxation n'étant pas réduite, le malade, une fois guéri, ne pouvait marcher qu'en boitant, ce qu'il ne faisait pas avant sa maladie.

L'examen clinique de ce malade montre que :

a) L'articulation possède tous ses mouvements, sauf l'abduction qui est limitée.

b) Le grand trochanter est saillant et remonté par rapport à la ligne de Nélaton-Roser.

c) Le membre malade présente un raccourcissement de 5 cm. 5.

d) La claudication a augmenté pendant toute la durée de la croissance et, actuellement, elle est très accentuée.

e) Le signe de Trendelenbourg est positif.

f) L'amyotrophie est enfin, au fémur, de 8 cm. et, à la jambe, de 4 cm.

A la radiographie, on voit :

a) Que le cotyle est aplati, déshabité de la tête fémorale, et sans toit.

b) Que la tête fémorale a subi une destruction complète, et il ne reste actuellement de l'épiphyse supérieure du fémur qu'un petit bout de moignon du col fémoral.

c) Qu'à côté et au-dessus du cotyle existe une néarthrose qui reçoit le moignon de ce col fémoral.

d) Qu'enfin il y a une exostose aiguë parallèle au col fémoral, dont elle est distante de 1 cm., et qui, partant du petit trochanter, se dirige vers le pôle inférieur de la néarthrose.

Le 1^{er} décembre 1927, on lui fait une butée ostéoplastique, d'après la méthode de Lance, pour permettre d'obtenir un appui plus solide du fémur.

Huit mois après l'opération, le malade marche mieux qu'avant ; il peut appuyer le poids du corps sur le membre opéré, et il a un appui solide ; malheureusement, le raccourcissement du membre n'a été corrigé que de un centimètre et demi, à cause de l'obstacle opposé par l'exostose, qui se voit sur la radio, au-dessous du col.

OBSERVATION VIII

(Aug. ETIENNE, Thèse, Nancy, 14 mai 1902, p. 26; résumé)

LUXATION DE LA HANCHE DROITE CONSÉCUTIVE A UNE FIÈVRE TYPHOÏDE

G. B..., 14 ans, repasseuse, entre le 18 février 1899, salle XIII, dans le service de M. le Professeur BERNHEIM.

Pas de maladies antérieures. Malade depuis 15 jours, avant le début de son angine, la malade a accusé pendant 4 ou 5 jours des maux de tête qui ne l'ont pas arrêtée dans son travail.

Eschare double superficielle de chaque côté du sacrum, une eschare sèche sur la maléole externe droite. Le 28 février, la malade est plus calme, température: 37° le matin, 38° le soir; le pouls varie de 130 à 140.

2 mars. — Rechute légère, la malade est très agitée, délire avec hallucinations. Urines abondantes et toujours involontaires. Jusqu'au 12 mars, l'état de la malade ne se modifie pas. Elle se trouve dans un état de démence avec loquacité extrême (monologue, dialogue, a des hallucinations, conceptions enfantines).

12 mars. — La malade est plus calme.

Avril. — On donne à manger à la malade, ses selles sont normales, elle dort la nuit; la langue est plus humide, son intelligence est nette. Cicatrisation des eschares de la jambe. L'amaigrissement disparaît peu à peu.

En mai et juin. — Rien de particulier à signaler.

Juillet. — C'est-à-dire cinq mois après le début. Au cours d'un examen de la malade, nécessité pour la surveillance des eschares, on constate, par hasard, une déformation de la hanche; on pratique la palpation et on reconnaît une luxation de la hanche droite en haut et en arrière. La jambe, considérablement raccourcie, est alors en adduction et en rotation en dedans, à peine fléchie. La malade est descendue dans un service de chirurgie. On tente, sous chloroforme, la réduction

manuelle de la luxation, mais sans succès; pendant les tentatives de réduction, on provoque une fracture de la cuisse au tiers inférieur du fémur. On met un appareil à extension continue qu'on enlève qu'au mois de novembre. La fracture est consolidée et la rotation de la jambe en dedans a disparu, mais la luxation persiste avec ankylose (le bassin remue avec la cuisse); le membre est raccourci. On sent la tête fémorale dans la région fessière.

Au mois de février 1900, c'est-à-dire un an après l'apparition de la fièvre typhoïde et huit mois après le début de la luxation, nous constatons une différence de longueur de 7 cm. 5; à droite, le grand trochanter est situé à 8 cm. au-dessus de la ligne de Nélaton. La malade marche avec une boiterie assez grande, malgré l'abaissement du bassin. Etat général excellent. A la radiographie, on constate nettement la luxation de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe. La tête fémorale paraît intacte. Le sourcil cotyloïdien serait légèrement carié.

OBSERVATION IX

(M. le Professeur FRÆLICH, *Revue Médicale de l'Est*,
15 janvier 1925)

LUXATION DES DEUX HANCHES CONSÉCUTIVE A UNE FIÈVRE TYPHOÏDE CONTRACTÉE A L'ÂGE DE NEUF ANS

Bl... Geneviève, âgée de 15 ans, qui entra dans notre service le 1^{er} décembre 1924 pour une luxation des deux hanches avec ensellure lombaire énorme, ascension des grands trochanters de 10 cm. à droite et de 8 cm. à gauche.

L'abduction est impossible, les deux genoux se touchent, la flexion peut être obtenue, mais l'extension est très limitée, de même les mouvements de rotation. Pendant la marche, la jeune fille souffre beaucoup dans la région lombaire, dont la lordose atteint 12 cm. de profondeur dans les deux jambes, surtout la gauche.

Les parents nous racontent que, jusqu'à l'âge de 9 ans, l'enfant marcha d'une façon parfaite. A ce moment survint une fièvre typhoïde très grave. Au quarantième jour de la maladie environ, les cuisses se mirent en flexion sur le bassin et les deux hanches furent ankylosées en flexion. Un rebouteur redressa les cuisses en tirant dessus et l'enfant put recommencer à marcher, mais en boitant très fort.

A la radio, on constate que les deux têtes fémorales sont fortement luxées vers en haut et en arrière. Ces deux têtes sont réduites de volume des deux tiers et ont des contours irréguliers, mais éburnés. Les cavités cotyloïdes sont comblées, avec par place des exostoses de consistance très dense ; aucune trace d'abcès ouvert à l'extérieur autour des hanches.

Il s'agit de deux arthrites typhiques avec destruction profonde de la cavité cotyloïde, des têtes fémorales et énorme luxation des restes des têtes fémorales.

Le 4 décembre 1924, a été pratiquée du côté droit, et le 15 décembre 1924, du côté gauche, une ostéotomie sous-trochantérienne et nous avons appuyé l'angle de section osseuse contre le bassin au niveau des cavités cotyloïdes.

La malade est revenue se montrer et on constate un bon résultat ; le 21 avril 1925, la cuisse fléchit sur le bassin de 70° à gauche et de 60° à droite. L'énorme ensellure a disparu.

OBSERVATION X

(NICOD, *Revue d'Orthopédie*, octobre 1928, p. 639)

LUXATION SPONTANÉE DE LA HANCHE DROITE AU COURS DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

A. R..., jeune homme, né en 1908. Ses cinq frères et sœurs sont en bonne santé. Le père a dû s'aliter à plusieurs reprises pour rhumatisme polyarticulaire aigu. Aucun cas de tuberculose dans la famille, ni dans les ascendants directs ou collatéraux. Rien à signaler dans la première enfance. En novembre 1919, forte crise de rhumatisme articulaire aigu,

vives douleurs dans l'épaule gauche ; puis dans la droite, et, enfin, dans les hanches. La température rectale monte à 39°5 ; poussée articulaire non précédée d'angine, mais uniquement de saignements de nez.

Les douleurs sont très violentes, pendant les quatre premières semaines ; le moindre mouvement provoque de très vives douleurs qui arrachent des cris au malade. Sous l'effet de la médication salicylée, les douleurs s'amendent, la fièvre diminue, puis disparaît complètement. Deux mois après, soit le 28 janvier 1920, on lève l'enfant, et on commence des essais de marche. A ce moment là, on constate que la hanche droite est en adduction, et que la jambe est plus courte. On nous amène l'enfant au début de février 1920 ; il est admis d'urgence à l'Hospice Orthopédique. L'enfant présente une hanche droite en flexion, adduction et rotation interne. On sent à la palpation, d'une façon très nette, la tête fémorale dans la masse musculaire de la fesse, avec fluctuation caractéristique autour de la tête. Les mouvements actifs sont très limités, et non douloureux. Raccourcissement : 3 cm. La hanche gauche est au contraire en rotation externe, légère abduction et flexion. Les mouvements en sont aussi un peu diminués. La photographie et la radiographie de la hanche corroborent les symptômes pathologiques précités et font que le diagnostic de luxation pathologique rhumatismale s'impose.

Les épaules sont indemnes. Rien au cœur ; foie et rate en parfait état.

Traitement : le 17 février 1920, anesthésie générale ; réduction facile de la luxation, et fixation dans un plâtre prenant le bassin et le membre inférieur droit jusqu'à la base des orteils. Le membre inférieur gauche est mis à l'extension. Chaque jour, massage, manipulation légère à la jambe gauche. Le 10 mars, enlèvement du plâtre à cause de plusieurs décubitus dans la région lombaire et au niveau des épines iliaques. On place l'extension aux deux jambes. La hanche est le siège d'une énorme hydarthrose. Dans la nuit du 14 au 15 mars, la luxation se reproduit spontanément. Le 16 au matin, ponc-

tion. On retire 25 cc. d'un liquide rougeâtre, très peu transparent, contenant des flocons blancs, qui flottent sans se déposer. Le liquide examiné au laboratoire de bactériologie, ne contient point de tuberculose. L'inoculation au cobaye a été également négative à ce point de vue. Après la ponction, la réduction s'obtient aisément.

Fixation de la hanche dans un nouvel appareil plâtré n'allant que jusqu'au genou. Pas de fièvre. Le 19 mars on lève l'enfant qui déambule le long de son lit. Massage quotidien de la hanche gauche et du genou qui est douloureux. Le 4 mai, enlèvement du plâtre. Les mouvements actifs et passifs de la hanche droite sont assez étendus. Disparition de tout épanchement intra-articulaire. Massage, manipulations des deux hanches, dont la mobilité diminue à nouveau. Le 22 juin, on replace l'extension aux deux jambes, dont les hanches deviennent à nouveau douloureuses. La température devient rapidement fébrile et le 30 juin, apparaît une éruption de rougeole.

Le 9 juillet, la fièvre tombe complètement, et les douleurs disparaissent. Le 9 juillet, on reprend massages et manipulations qui sont assez douloureux. A fin juillet, on replace un appareil plâtré, et l'enfant quitte le service pour passer l'été à l'altitude.

Il devait revenir en septembre pour l'enlèvement du plâtre, mais malheureusement, on ne le revoit plus.

Revu huit ans plus tard, les deux hanches sont ankylosées. La hanche droite est en adduction, flexion et rotation interne; la hanche gauche, au contraire, est fixée en abduction, rotation externe et légère flexion.

Il lui a été proposé une ostéotomie sous-trochantérienne droite.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance du Docteur P. CORRET.)

LUXATION SUBITE DE LA HANCHE CHEZ UN ENFANT DE 9 ANS, AU COURS D'UN RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Il s'agit d'un enfant de 9 ans, de santé toujours délicate; ainsi que son père, il est atteint d'hémophilie.

Le 3 août 1932, il se plaint de toutes ses articulations. Un médecin appelé constate que les articulations des genoux, des hanches et des cou-de-pieds sont tuméfiées et douloureuses; l'enfant est couvert de sueur, les bruits du cœur sont assourdis, la température est de 38°5.

Le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu ne pouvant être mis en doute, un traitement salicylé est institué. Au bout de quelques jours, les douleurs diminuent d'intensité, cependant que les hanches et les genoux sont encore empâtés. Le sixième jour, la température remonte à 39°, et, au niveau de la pointe, on perçoit nettement un souffle râpeux.

Le 19 août, c'est-à-dire au seizième jour de la maladie, survient au cours de l'après-midi, une crise douloureuse particulièrement vive au niveau de la hanche droite; la mère est effrayée par la déformation énorme de celle-ci, que l'état de maigreur de l'enfant rend très apparente; elle s'aperçoit en même temps que le membre inférieur droit est considérablement raccourci; mais l'enfant a cessé de se plaindre, et il passe une nuit très calme. Nous le voyons le 15 septembre. Il est pâle, et dans un état de maigreur extrême, la température est voisine de 38°; le Docteur WALTRIGNY qui l'examine alors constate, outre une notable tachycardie, un souffle orificiel de la pointe traduisant une endocardite encore en évolution. La hanche gauche est empâtée, et les mouvements provoqués sont très douloureux; la hanche droite est en flexion, rotation interne et adduction. La radiographie confirme la luxation iliaque. On se borne à placer une légère

traction continue et à faire reprendre le traitement salicylé qui avait été interrompu.

L'enfant nous revient le 25 octobre, soit six semaines plus tard; l'état général s'est nettement amélioré; pas d'albumine; le souffle de la pointe est encore perceptible; la tuméfaction de la hanche gauche a considérablement diminué, et on peut y déterminer des mouvements de quelque amplitude sans provoquer de douleurs.

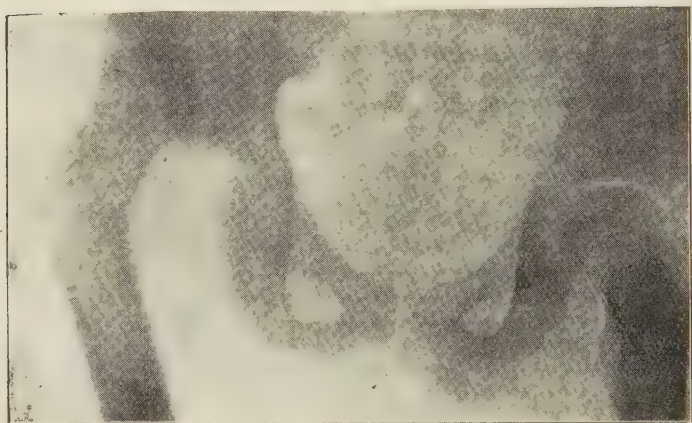


FIG. 3 Avant réduction

La hanche droite est toujours dans la même position de luxation; à noter que la traction n'a pas été tolérée. Le 28 octobre, soit plus de deux mois après la luxation, nous tentons la réduction. Celle-ci est pratiquée sous anesthésie générale au chloroforme, avec beaucoup de précaution, d'une part, à cause de la cardiopathie du petit malade et de son état anxieux; et, d'autre part, à cause de la dyscrasie sanguine dont il est atteint.

Malgré des manœuvres aussi douces que possible, nous percevons au cours de celles-ci une sensation de crépitation

neigeuse qui ne nous laisse pas d'illusions sur la fracture du col ou sur le décollement épiphysaire que nous venons de produire. Nous plaçons alors le membre en abduction et en rotation interne de façon à faire pénétrer le col dans la cavité cotyloïde et le maintenons dans cette position par un grand appareil plâtré.

L'intervention a été bien supportée ; le soir la température



FIG. 4 Après réduction

est montée à 38° pour revenir à la normale les jours suivants.

L'enfant sort de la clinique le cinquième jour sans qu'on ait remarqué le moindre trouble circulatoire au niveau du membre inférieur droit.

Il revient le 24 novembre, au bout de trois semaines, avec une énorme hématome de la hanche qui s'étend jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. On évacue par ponctions au bistouri, environ 500 grammes de sang. Il n'y a pas de fièvre.

Nous revoyons le petit malade le 25 décembre, et constatons que la luxation s'est reproduite. Nous la réduisons à nouveau sous chloroforme, et nous plaçons un appareil de Withmann qui est enlevé le 22 février 1933, deux mois plus tard. A ce moment, il existe encore une tuméfaction assez considérable de la hanche et de la cuisse; mais nous constatons que la hanche n'est plus douloureuse et qu'elle est totalement ankylosée.

C'est ce que confirme la radiographie qui montre en même temps la disparition presque totale de la tête fémorale dont il ne reste plus qu'un petit nuage transparent. On remarquera de plus la tendance ossifiante de l'hématome autour de la diaphyse fémorale (fig. 4).

La hanche gauche n'est plus douloureuse, et l'amplitude de ses mouvements est redevenue normale.

Actuellement, l'enfant marche seul, à l'aide d'une canne. En résumé, voici une luxation subite de la hanche droite, au seizième jour d'une maladie de Bouillaud, de forme sévère, survenue chez un hémophile. La réduction en a été tentée au bout de 70 jours, un décollement épiphysaire s'est produit qui a donné naissance à un volumineux hématome; la luxation a récidivé, on a procédé à une nouvelle réduction du col décapité dans la cavité cotyloïde. Au bout de deux mois, une ankylose solide était obtenue, qui permet une marche satisfaisante, le malade compensant l'abduction par une bascule du bassin.

OBSERVATION XII

(DEGEZ, *Revue d'Orthopédie*, 1899, p. 44 à 68.)

Il s'agit d'une fillette de six ans et demi, Marie-Louise M..., entrée le 23 février 1898 à l'Hôpital Trousseau, dans le service de M. JOSIAS, pour une scarlatine.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont vivants et bien portants; elle ne possède ni frères ni sœurs.

Antécédents personnels. — Née à terme; nourrie au sein par sa mère jusqu'à 10 mois. Notre petite malade ne présente

aucun stigmate de rachitisme; elle a commencé à marcher à l'âge de douze mois, environ.

Du reste, de bonne constitution, on n'avait jamais remarqué la moindre claudication; la mère est très affirmative sur ce point.

Début de la scarlatine. — Jusqu'alors, elle n'avait pas encore contracté de maladies contagieuses, quand, vers le 14 février dernier, brusquement, l'enfant a commencé à se plaindre d'un mal de gorge et de douleurs dans l'oreille droite, accompagné de surdité.

Les jours suivants, une perforation spontanée de la membrane tympanique livre passage au pus, et produit une accalmie notable des phénomènes douloureux; mais, par contre, l'angine augmente d'intensité, et provoque de plus grandes souffrances.

28 février. — La malade est admise, salle Trousseau. La température, prise à son arrivée, s'élève à 38°2. On remarque une éruption scarlatineuse, caractéristique, étendue sur tout le corps. La gorge est rouge, douloureuse, sans exsudat. Écoulement purulent de l'oreille droite qui est la manifestation de l'otite moyenne, dont nous avons parlé plus haut. L'auscultation du poumon et du cœur ne révèle rien de particulier. Aucune trace d'albumine dans les urines.

1^{er} mars. — La température matinale, 38°. Même état que la veille.

Le 3 mars. — La température gagne la normale: 37°2. L'éruption a beaucoup pâli; l'écoulement purulent diminue sous l'influence des lavages antiseptiques.

Le 10 mars. — Brusque ascension thermométrique à 39°5, qui est expliquée par l'invasion d'une otite de l'oreille gauche; une sécrétion purulente s'établit, et amène une détente dans les phénomènes douloureux.

De nouveau, la température qui, les 6, 7, 8 mars, avait subi une courbe descendante, remonte à 39°. On découvre un petit abcès au niveau de la prémolaire gauche supérieure. Une incision de la gencive donne issue à un pus bien lié et assez abon-

dant. L'éruption disparue, depuis trois jours, fait place à la desquamation habituelle de la scarlatine.

Le 11 mars. — Température à 37°. Remarquable défervescence, à la suite de l'évacuation du petit abcès dentaire.

Le 14 mars. — Température à 37°8. L'écoulement de l'oreille gauche semble plus abondant. La mastoïde du même côté est douloureuse à la pression; la peau, à ce niveau, est légèrement rouge et oedématisée: en avant du sterno-cléido-mastoïdien on perçoit une tuméfaction formée par les ganglions enflammés.

Le 16 mars. — Température à 39°. On croit à l'existence d'un abcès sous-périosté, car la région mastoïdienne est rouge, et donne une sensation de fluctuation. On fait une incision derrière le pavillon de l'oreille, on ne trouve aucune trace de collection purulente.

Début de l'arthrite, le 17 mars; température du matin, 39°4. L'enfant se plaint de douleurs très vives au niveau de la hanche gauche, avec irradiation à la partie interne de la cuisse.

On ne remarque ni rougeur, ni gonflement de cette région. L'articulation coxo-fémorale gauche est la seule atteinte par l'arthrite. Température du soir: 40°.

Du 18 au 21 mars. — La température oscille entre 39° et 40°. L'enfant souffre toujours de sa hanche, malgré l'administration de salicylate de soude et d'antipyrine.

Le 21, au soir, les douleurs étant encore très vives, et la température très élevée (40°), on place l'articulation malade dans une gouttière.

Le 22 mars. — La température, depuis l'immobilisation tombe à 38°. La petite malade éprouve un grand soulagement. Le mieux se continue les jours suivants. L'inflammation articulaire diminue d'intensité.

Le 29 mars. — L'amélioration de l'arthrite est telle que l'on croit pouvoir enlever sans crainte la gouttière.

Jusqu'au 22 avril, on ne note rien de particulier. La hanche

est toujours restée un peu douloureuse. La suppuration des deux oreilles a beaucoup diminué.

Constatation de la luxation. — Le 22 avril, la surveillante, ce matin, en changeant l'enfant de linge, s'aperçoit de l'attitude anormale du membre inférieur gauche. Une adduction et une flexion considérable s'étaient produites spontanément, brusquement, et sans qu'à aucun moment la malade ait attiré l'attention de ce côté.

L'interne du service constate sans difficulté une luxation typique de la hanche en arrière. Il essaie de corriger cette attitude vicieuse du membre; et, par des tractions, il parvient facilement à replacer la tête dans la cavité cotyloïde; mais dès qu'il cesse ces tractions, la cuisse reprend sa position première, et la luxation se reproduit. La manœuvre, répétée plusieurs fois, donne naissance au même phénomène.

Dans cette circonstance, on applique l'extension continue.

Le 24 avril. — Arrivée au cinquante-sixième jour de sa scarlatine, et avec un début de bronchite, on transporta la fillette dans une salle de médecine générale, et on continue l'extension.

Le 3 mai. — Premières quintes de coqueluche qui nécessitent son passage dans un pavillon d'isolement où l'on supprime l'extension et la gouttière. La luxation ne tarde pas à se reproduire.

La coqueluche évolue sans complications, et, le 4 août, l'enfant guérie de cette affection, est acceptée dans le service de M. KIRMISSON pour le traitement de sa hanche.

Examen de la luxation. — C'est alors que nous voyons l'enfant, et voici le résultat de notre examen, quatre mois après le début de sa luxation :

Dans le décubitus dorsal, ce qui frappe d'abord, c'est l'attitude particulière du membre inférieur droit. La cuisse, fortement fléchie, est en adduction et en rotation interne. La jambe est en demi-flexion sur la cuisse, et celle-ci prend une direction telle que le condyle interne du fémur droit répond

au tiers inférieur de la cuisse gauche. Placée ainsi obliquement, elle masque presque en entier les parties génitales.

Il existe, de plus, du raccourcissement. Les deux membres, placés dans une position aussi symétrique que possible, on note : 51 cm. du côté sain (mensuration prise de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole interne), et de 48 cm. pour le côté malade, soit 3 cm. de différence dans la longueur.

Du reste, pour corroborer l'exactitude de notre mensuration, nous trouvons le grand trochanter remonté de 3 cm. au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser.

Il est impossible de mettre les deux membres dans le parallélisme. Les mouvements spontanés sont très limités, et, malgré toute sa bonne volonté, l'enfant ne peut modifier l'attitude du membre malade.

Les mouvements provoqués sont peu étendus ; on peut augmenter la flexion de la cuisse sur le bassin jusqu'à un certain degré, au delà duquel on provoque des douleurs et l'ensellure lombaire se produit, si l'on veut forcer ce mouvement. L'adduction et l'abduction sont nulles. Ces symptômes sont encore plus frappants si l'on met la malade dans la station verticale.

Le pied, dans l'extension forcée, touche à peine le sol par l'extrémité des orteils.

L'ensellure lombaire est peu prononcée ; le pli fessier droit est relevé par rapport à celui du côté opposé.

Les muscles de la fesse, légèrement atrophiés, permettent de sentir au-dessous d'eux, dans la fosse iliaque externe, le grand trochanter, auquel fait suite la saillie arrondie de la tête fémorale et des mouvements très légers, imprimés au fémur, se transmettent à celle-ci, qui semble devoir conserver sa motilité.

Signalons enfin, pour terminer cette longue description, la contracture des adducteurs.

Une très intéressante épreuve radiographique de la hanche nous fait voir une usure du bord supérieur et postérieur de la cavité cotyloïde et de la tête fémorale.

Intervention le 9 août. — En présence de cette luxation, M. KIRMISSON n'hésite pas un seul instant à intervenir, et le 9 août, pratique des manœuvres de réduction.

L'enfant est chloroformée. On commence par imprimer à la cuisse une flexion complète sur le bassin, puis quelques légers mouvements d'abduction.

On a à lutter contre une contracture considérable des adducteurs, contracture tellement marquée que, pendant les mouvements d'abduction, l'épiderme se fend sous le pli inguino-crural. Cette contracture des adducteurs étant vaincue, on peut imprimer au membre des mouvements de plus en plus étendus de circumduction. Enfin, à un moment donné, pendant l'abduction combinée à la demi-flexion et à la rotation en dehors, on sent la tête qui glisse en avant du plan formé par la tubérosité de l'ischion; elle réintègre doucement la cavité cotyloïde, et on s'assure autant que possible de la réduction, en plaçant le membre dans la rectitude et une position moyenne d'abduction. La palpation permet de sentir la tête fémorale dans le pli de l'aîne. Les membres mesurés alors dans une position symétrique, et on trouve 50 cm. à droite et 51 cm. à gauche.

Le membre est immobilisé au moyen d'un appareil plâtré embrassant la cuisse et le bassin, et maintenant le membre dans une position moyenne d'abduction.

Les manœuvres de réduction n'ont entraîné aucune réaction de la température qui est toujours restée dans les environs de 37°.

Le 17 septembre. — L'appareil plâtré est enlevé.

Résultats de l'intervention. — On constate que l'attitude du membre est parfaite; la réduction ne laisse rien à désirer.

On trouve à la mensuration, des deux côtés, 51 cm.

Du reste, une radiographie faite à ce moment montre bien que la réduction est complète.

Mais le membre droit ayant une légère tendance à l'adduction, on s'applique aussitôt à la corriger à l'aide d'une traction de 2 kilogramme à l'extrémité de la jambe.

Le 27 octobre. — On supprime l'extension continue qui est remplacée par un appareil plâtré construit sur le même modèle que le premier.

Le 29 octobre. — Appuyée sur des béquilles, la malade commence à marcher.

Gênée par son plâtre, elle avance lentement ; mais sans la moindre douleur, et avec assez de sûreté.

Le 15 novembre. — L'appareil est toujours en place ; la marche est plus facile. La malade peut même se passer de béquilles.

OBSERVATION XIII

(in thèse FLAMENT, Paris, 1920.)

LUXATION SUBITE DE LA HANCHE GAUCHE, CONSÉCUTIVE A LA SCARLATINE

M... Marie-Louise, âgée de six ans, entre le 28 février 1898, à l'Hôpital Trousseau, pour une scarlatine.

Née à terme, de parents bien portants. Nourrie au sein maternel durant 10 mois, a marché normalement à 12 mois. Le 28 février, à la suite d'une angine accompagnée d'otite suppurée droite, elle présente une éruption scarlatineuse caractéristique. Dès le 3 mars, la température devient normale ; l'éruption a pâli.

Le matin du 17 mars, l'enfant à 39°4, et se plaint de douleurs très vives au niveau de la jambe gauche. Les jours suivants, les douleurs persistant, ainsi que la température élevée (40°) nécessitent l'immobilisation du membre dans une gouttière plâtrée. Il s'ensuit une sédation des phénomènes généraux, si bien que l'appareil est enlevé le 29 mars.

Le 22 avril, la surveillante est frappée de l'attitude anormale du membre inférieur gauche. Une adduction et une flexion considérable se sont produites spontanément, brusquement, sans que l'enfant ait attiré l'attention, et l'on se trouve en présence d'une luxation typique de la hanche en arrière. On arrive facilement à remettre la tête dans la cavité

cotyloïde, mais la luxation se reproduit immédiatement. Dans ces conditions, on applique un appareil à extension continue.

Le 3 mai, l'enfant contracte la coqueluche qui évolue sans aucune complication, et, le, 4 août, elle est admise dans le service de M. le Professeur KIRMISSON pour le traitement de la hanche, c'est-à-dire quatre mois après l'apparition de la luxation.

A cette date, l'attitude du membre inférieur gauche est la suivante : cuisse fortement fléchie en adduction et en rotation en dedans. Le condyle interne du fémur droit répond au tiers inférieur de la cuisse gauche. Il existe un raccourcissement de trois centimètres, distance que l'on retrouve en mesurant l'ascension du grand trochanter, au-dessus de la ligne de Nélaton. Les mouvements spontanés sont limités, et l'enfant ne peut modifier l'attitude du membre malade; on note en outre une forte contracture des adducteurs.

Le 9 août, M. KIRMISSON décide d'intervenir. Chloroformisation; on commence par imprimer à la cuisse, une flexion complète sur le bassin; puis quelques légers mouvements d'abduction. On éprouve une grande difficulté à triompher de la contracture des adducteurs.

Celle-ci étant vaincue, on peut imprimer au membre des mouvements de plus en plus étendus de circumduction. Enfin, à un moment donné, pendant l'abduction, combinée à la demi-flexion et à la rotation en dehors, on sent la tête qui glisse en avant du plan formé par la tubérosité de l'ischion. Elle réintègre doucement la cavité cotyloïde.

Le membre est alors immobilisé au moyen d'un appareil plâtré embrassant la cuisse et le bassin, et le maintenant dans une position moyenne d'abduction.

Le 17 septembre, l'appareil plâtré est enlevé. L'attitude du membre inférieur est parfaite. La réduction ne laisse rien à désirer. La radiographie montre, elle aussi, que la réduction est parfaite.

Mais le membre inférieur, ayant une tendance à se remettre en adduction, on soumet l'enfant à l'extension continue pen-

dant un mois. On applique un nouvel appareil, analogue au premier, et, le 29 octobre, la malade, appuyée sur des béquilles, commence à marcher.

OBSERVATION XIV

(inédite)

LUXATION AU COURS D'UNE SEPTICÉMIE

B... Aline, sept ans et demi, entre à l'hôpital, le 7 octobre 1931, pour une affection de la hanche droite.

Depuis quelques jours, elle a ressenti des douleurs assez vives au niveau de cette articulation, puis est apparue une tuméfaction qui a augmenté rapidement.

A l'examen, on constate l'existence d'un gros empâtement articulaire. L'article est très douloureux, et les mouvements actifs et passifs ne sont point possibles, étant donné les douleurs qu'ils provoquent.

En même temps, la petite malade accuse des douleurs au niveau des genoux et des épaules. Fièvre assez élevée et persistante. La radiographie de la hanche ne montre aucune lésion appréciable ; on pense à la possibilité d'une poussée de rhumatisme articulaire aigu, et l'on prescrit du salicylate de soude par la bouche. Les phénomènes ne s'amendent pas, et la tuméfaction articulaire devenant rouge et tendue au niveau de la région des adducteurs, on pratique une incision qui ne ramène pas de pus ; les tissus sont infiltrés, mais peu modifiés. Vaccin antipyogène polyvalent ; la peau se referme spontanément.

On met la malade dans un plâtre de coxalgie, et les phénomènes généraux ayant rétrocedés, la malade repart chez elle.

Elle revient au service le 2 décembre 1931 ; on constate à l'enlèvement du plâtre qu'il existe une luxation iliaque de la hanche gauche qui, jusqu'ici, tant au point de vue clinique qu'au point de vue radiologique s'était montrée absolument saine.

En plus de la luxation, la hanche est tuméfiée et rougeâtre ; mais ces phénomènes infectieux ne tardent pas à régresser rapidement. Le 11 décembre, on réduit très simplement par des manœuvres orthopédiques la luxation de la hanche, et l'on pose un plâtre en position de correction.

La malade est immobilisée jusqu'en juillet 1932 ; la hanche

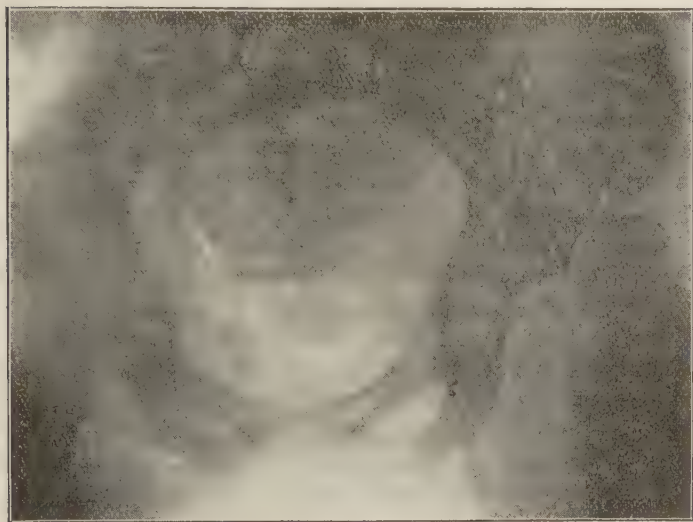


FIG. 5

est toujours normale à la radio. On permet à la malade de remarcher sans appareil.

Elle revient à la clinique au mois d'octobre 1932. La hanche s'est mise en légère adduction, et il existe un peu de boiterie. A la radio, toujours aucune lésion.

On endort la malade, et on place le membre en abduction, puis on l'immobilise dans un appareil plâtré que l'on maintient jusqu'au mois d'avril 1933.

La malade marche maintenant avec une boiterie à peine appréciable (ankylose de la hanche).

OBSERVATION XV

(*Revue d'Orthopédie*, 1902, p. 368, BROCA, DELANGLADE,
BARBARIN, Obs. XX, A. BROCA.)

ARTHRITE COXO-FÉMORALE SUPPURÉE, A PNEUMOCOQUES,
AVEC LUXATION (MORT)

Georgette D..., quatre ans et demi, entre le 22 juin, à l'Hôpital Trousseau (Salle Valleix). Sans antécédents héréditaires ou personnels à noter, l'enfant tomba malade sept semaines avant son admission. Elle eut d'abord une angine avec forte température, puis, au bout de trois jours, une broncho-pneumonie. C'est environ un mois après qu'elle commença à se plaindre de douleur dans le membre inférieur droit, et bientôt, on vit que la hanche devenait très volumineuse, que le membre était impotent. A partir de cette époque, la température remonta; auparavant, elle avait été normale pendant quelques jours; après la résolution de la broncho-pneumonie. Au bout d'une quinzaine de jours, l'enfant nous fut amenée.

Très amaigrie, elle avait une hanche énorme en gigot, au-dessus d'une cuisse fort mince en bas. La peau était de coloration normale, mais sillonnée de grosses veines bleues. La tuméfaction de la hanche était considérable en arrière, surtout en dehors. En cette dernière région, la fluctuation était évidente. Le membre était en adduction, avec rotation interne. Le grand trochanter était déplacé en haut et en arrière; les mouvements spontanés étaient nuls, les mouvements communiqués très douloureux. Pouls petit à 100.

Les signes étaient donc avec certitude ceux d'une arthrite suppurée, avec luxation iliaque.

Séance tenante, incision longitudinale externe, sur la poche fluctuante. Grosse collection purulente communiquant largement avec la jointure, sous les muscles fessiers. La tête fémorale, garnie de son cartilage, était luxée dans la fosse iliaque. Aucune dénudation osseuse appréciable, sur elle ou

sur le cotyle. Réduction de la luxation, drainage, extension continue.

Dans le pus épais et jaunâtre, le seul microbe trouvé fut le pneumocoque.

Localement, l'évolution fut satisfaisante, et, à partir du milieu d'août, la suppuration était à peu près tarie. Mais il y avait des eschares fessières; nous avons dû ouvrir un abcès de la fesse gauche; les plaies étaient grisâtres; de temps à autre, les membres inférieurs s'œdématisaient; il y avait de la bronchite en permanence, avec des poussées irrégulières, sans que nous ayons jamais trouvé un foyer broncho-pneumonique. Le 10 septembre, la fillette, devenue squelettique, fut reprise par ses parents, et elle succomba le 3 octobre, après avoir présenté une courbe thermique de septicémie, avec oscillations en 37 et 38° le matin, 39 à 40° le soir.

OBSERVATION XVI

(Thèse FLAMENT, Paris, 1920.)

LUXATION PATHOLOGIQUE DE LA HANCHE DROITE CONSÉCUTIVE A UNE PNEUMOCOCCIE

Herr... André, âgé de deux ans et sept mois, entre dans le service du Professeur KIRMISSON le 11 avril 1911 pour une pleurésie purulente du côté droit.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont bien portants. Ils ont eu deux enfants. L'un, âgé de cinq ans, jouit d'une bonne santé; l'autre est le petit malade.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme, après une grossesse et accouchement normaux. Il a été élevé au sein. Il a fait de la coqueluche dernièrement.

Histoire de la maladie. — Vers le 15 février 1911, l'enfant est atteint de bronchite avec état fébrile très marqué. Quelques jours après, apparaissent les phénomènes méningés, sans qu'on ait constaté d'otite suppurée. L'enfant présente alors des

crises convulsives qui se répètent durant neuf jours. Vers le 3 mars, il existe une tuméfaction manifeste : 1° au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche ; 2° au niveau de l'articulation du coude droit ; mais la douleur et le gonflement diminuent progressivement.

Le 8 mars, l'articulation coxo-fémorale droite est atteinte à son tour. L'état général est mauvais ; la température vésérale est élevée, et il se forme une collection purulente qui s'ouvre spontanément le 27 mars. Il s'écoule alors une grande quantité de pus verdâtre. La toux, qui avait cessé depuis un mois, réapparaît, s'accompagnant d'état dyspnéique. Le médecin traitant pose le diagnostic de pleurésie purulente du côté droit, et envoie l'enfant à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — Le petit malade entre dans le service, salle Baudeloque, le 11 avril. Il présente une voussure considérable du thorax à droite, coexistant avec une forte matité. Les vibrations thoraciques et le murmure vésiculaire sont abolis. La paroi elle-même est œdématiée. L'enfant présente une toux quinteuse ; la température est élevée, le diagnostic de pleurésie purulente est donc pleinement justifié, et, considérant la gravité des symptômes, on décide d'intervenir d'urgence. Par conséquent, le jour même de l'entrée, GASNE, chef de clinique, pratique un empyème au lieu d'élection. Incision au niveau de la région axillaire, à la hauteur de la huitième côte. Résection costale. Il s'écoule une grande quantité de pus verdâtre, contenant lui-même des bourbillons fibrineux. L'examen de ce pus révèle la présence de pneumocoques à l'état de pureté.

Les jours qui suivent l'intervention, l'état général reste mauvais ; l'enfant est abattu ; la suppuration pleurale est très abondante, des vomissements se produisent fréquemment. L'enfant est en proie à une toxémie manifeste qui rend très sombre le pronostic. Du 11 au 30 avril, les mêmes symptômes alarmants dominent la scène avec la même intensité (température élevée, vomissements fréquents, abondante suppuration).

Cependant, dès le 23 avril, des phénomènes poly-articulaires attirent l'attention. D'une part, l'articulation tibio-tarsienne gauche est le siège d'un gonflement notable. Le pied est en léger équinisme. On ne peut déceler de fluctuation vraie, mais la face antérieure du cou-de-pied se présente avec une coloration rosée, un lacis veineux apparent, et on perçoit à ce niveau une sensation de rénitence. D'autre part, à côté du coude droit, se dessine une tuméfaction, développée surtout à la partie externe. Mais c'est au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite que les phénomènes se manifestent avec le plus d'intensité.

La hanche, en effet, fait une saillie marquée ; l'on distingue nettement le grand trochanter saillant sous les plans superficiels. Toute la région est tuméfiée et, au devant de la partie inférieure du grand trochanter, existe une cicatrice déprimée avec fistule, donnant issue à un peu de pus. La position du membre inférieur est la suivante : adduction considérable, légère flexion et rotation en dedans. La tête fémorale, nettement perceptible dans la fosse iliaque externe, est remontée à quatre centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. La mensuration des deux membres inférieurs, en prenant comme point de repère l'épine iliaque antéro-supérieure et la pointe de la malléole externe, donne :

Membre inférieur droit : (côté malade) : 33 cm.

Membre inférieur gauche : (côté sain) : 37 cm.

Il existe donc à droite quatre centimètres de raccourcissement.

Le 8 mai, l'état général s'est légèrement amélioré ; l'alimentation est possible ; la température est moins élevée.

Le 20 mai, il se produit une ascension thermique accompagnée de vomissements ; puis, deux jours après (22 mai), tout rentre dans l'ordre. Peu à peu, la suppuration pleurale a diminué, à telle enseigne que le mardi 6 juin, on enlève le drain.

La gravité de la situation, en face de laquelle on se trouvait jusqu'ici avait imposé une grande réserve au chirurgien ; mais

à partir de la mi-juin, les conditions ne sont plus les mêmes. La suppuration est presque nulle; l'état général est satisfaisant. C'est alors que M. KIRMISSON décide de tenter la réduction de la luxation de la hanche droite.

Le lundi 19 juin, l'enfant est endormi au chloroforme. Tentative de réduction. Après un effort prolongé, on arrive à triompher de la contraction des adducteurs et on peut abaisser la tête jusqu'au regard de la cavité cotyloïde; mais elle n'y rentre pas. Celle-ci est certainement obturée par des fongosités. Dès qu'on tente de revenir à l'extension, la luxation se reproduit; aussi laisse-t-on le membre dans la position de flexion et d'abduction sur le bassin, comme dans le cas de luxation congénitale. Immobilisation à l'aide d'un appareil plâtré.

Le 23 juin, le thermomètre monte brusquement à 40°. Les yeux sont rouges, et on note la présence de taches de Koplick à la partie interne des joues. Le 27, se produit l'éruption caractéristique de rougeole, avec température atteignant 40°1. Mais l'enfant fait facilement les frais de cette nouvelle infection, car, le 28, la température est redevenue normale, et l'état général demeure très satisfaisant.

Le 19 juillet, c'est-à-dire un mois après la première manœuvre de réduction, l'enfant est de nouveau endormi. On diminue la position de flexion et d'abduction. Il n'y a pas de réduction vraie; mais la tête a été ramenée à la partie antérieure et externe de la hanche, à la hauteur de l'épine iliaque antéro-inférieure. On fixe le membre dans l'extension jointe à un léger degré d'abduction à l'aide d'un nouvel appareil plâtré.

Notre petit malade quitte le service le 23 juillet muni de son appareil.

Le lundi 30 octobre 1911, on revoit l'enfant. Son état général est bon; il commence à marcher. La tête fémorale droite est presque en place; mais il y a une tendance manifeste à la rotation en dehors, en même temps qu'un notable raccourcissement. La mensuration donne, en effet, en prenant comme

point de repère, l'épine iliaque antéro-inférieure et la malléole externe, pour le :

Membre inférieur droit (côté malade) : 38 cm. 5.

Membre inférieur gauche (côté sain) : 41 cm.

Si maintenant on mesure la distance qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de la rotule, on trouve :

A droite : 17 cm. 5.

A gauche : 20 cm.

Enfin, la mensuration faite du sommet du trochanter à la malléole externe donne :

A droite : 37 cm.

A gauche : 39 cm.

Il y a donc un raccourcissement vrai de la diaphyse fémorale. On s'en rend parfaitement compte en examinant le dos du petit malade. Les deux plis fessiers sont sur un même plan, tandis que le creux poplité, à droite, semble remonté.

Il est intéressant de noter qu'il y a très peu d'affaiblissement du thorax à droite. Tout autour de la cicatrice opératoire, la sonorité pulmonaire est normale.

La radiographie du bassin a été faite à cette date (30 octobre). Elle montre la tête fémorale, profondément altérée, à la hauteur de la cavité cotyloïde, mais il n'y a pas de réduction vraie.

Nous avons eu, dernièrement, des nouvelles satisfaisantes de cet enfant.

OBSERVATION XVII

(In Thèse FLAMENT, Paris, 1920)

LUXATION PATHOLOGIQUE DE LA HANCHE DROITE, CONSÉCUTIVE A UNE PNEUMOCOCCIE

Br... André, 4 ans et demi, entre dans le service de M. le Professeur KIRMISSON, le 13 juin 1917.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien à retenir. Le père est bien portant. La mère est en bonne santé. Ils n'ont eu qu'un seul enfant, le petit malade. Pas de fausses couches.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme, pesant plus de 4 kilogs, et a été élevé au biberon; il fait une bronchite à l'âge de six mois. En janvier 1917 il est atteint d'une rougeole qui reste bénigne.

Histoire de la maladie. — Le 12 mai 1917, l'enfant contracte une broncho-pneumonie. L'état général s'altère rapidement, et il se produit un amaigrissement notable. Vers la fin de mai, le médecin traitant pose le diagnostic de pleurésie purulente droite. Le petit malade se cachectise; la mère s'alarme du progrès de la maladie. C'est alors qu'elle amène son enfant dans le service, le 13 juin 1917.

Examen à l'entrée. — Le malade est dyspnéique; le thermomètre monte à 38°6; le pouls est fréquent; le côté droit du thorax est le siège d'une matière prononcée. On pratique alors une ponction exploratrice qui ramène du pus. Le Professeur KIRMISSON pose le diagnostic de pleurésie purulente du côté droit. L'état du malade permet pourtant de différer toute intervention.

Les jours suivants, il se produit une légère amélioration; mais, à partir du 16 juin, la température présente de fortes oscillations atteignant 39° le soir, 37°3 le matin. Cet état infectieux va dès lors se prolonger jusqu'aux premiers jours de juillet.

Le 1^{er} juillet, l'enfant se plaint de douleurs au niveau de la cuisse droite. La partie supéro-externe est le siège d'une tuméfaction notable, en même temps qu'il existe un empâtement de la fosse iliaque externe du même côté. On assiste dès lors à la formation d'une collection purulente qui augmente progressivement de volume; et, le 4 juillet, on est amené à faire une première ponction évacuatrice au niveau de la partie supéro-externe de la cuisse. Après cette intervention, la température se rapproche de la normale. Le pus examiné contient du pneumocoque à l'état du purété.

Le 7 juillet, on fait faire une radiographie du thorax.

L'épreuve montre une opacité s'étendant de la base au sommet du poumon droit. A gauche, au contraire, on retrouve

la transparence habituelle. Une radiographie du bassin, faite le même jour, montre les lésions suivantes: du côté de la hanche droite, la cavité cotyloïde est agrandie, la tête fémorale est déformée, et chevauche le bord supérieur de la cavité. Il existe donc une subluxation. A gauche, par contre, l'articulation est normale.

Cependant, l'abcès se reforme et nécessite trois nouvelles ponctions, pratiquées le 9 et le 28 juillet, puis le 2 août. A partir de cette date, il y a une amélioration de l'état général. L'enfant reçoit chaque jour 150 grammes de sérum à 15 %, en injection sous-cutanée. Mais, le samedi 18 août, l'abcès s'est reproduit. Etant donnée la persistance de la suppuration, on pratique une incision longitudinale suivant l'axe de la collection, incision qui donne issue à 200 grammes de pus environ. La poche est largement drainée.

A cette date, 18 août, il existe du côté du membre inférieur droit un raccourcissement manifeste. Il se présente en rotation interne et en abduction. On sent la tête fémorale hors de la cavité. C'est alors qu'on applique un appareil à extension continue pour limiter l'ascension du fémur.

La plaie est pansée au sérum physiologique.

Le 23 août, la température s'élève à nouveau. Cette poussée thermique coïncide avec l'apparition de râles fins, disséminés, occupant les deux côtés du thorax, avec prédominance à droite. On institue le traitement médical qui amène une amélioration notable vers le 10 septembre.

L'enfant fait alors chaque jour une cure d'air, durant laquelle la plaie est soumise à l'héliothérapie. Le jeudi 18 octobre, l'enfant se présente dans les conditions suivantes: état général satisfaisant, température normale, la matité subsiste sur toute la longueur du poumon droit. Le membre inférieur droit est en rotation interne (le condyle interne du fémur touche le plan du lit) et en adduction; il offre un raccourcissement de deux centimètres. Le ventre est légèrement ballonné.

On fait faire une nouvelle radiographie du bassin qui

montre, à droite, une cavité cotyloïde considérablement agrandie aux dépens du toit et du bord supérieur du cotyle. La tête qui, on s'en souvient, était en subluxation le 7 juillet, est passée dans la fosse iliaque externe.

Devant cet état de choses, M. le Professeur KIRMISSON décide de tenter la réduction de la luxation.

Le vendredi 19 octobre, l'enfant est endormi au chloroforme. On imprime au membre des mouvements de plus en plus étendus, en même temps qu'on exerce l'extension. On place le membre dans l'adduction et l'extension complète, et on l'y fixe à l'aide d'un appareil plâtré.

OBSERVATION XVIII

(Docteur MONDOR, *in* thèse Delteil, 1926; résumée)

Jeune fille de 20 ans; arthrite à gono de la hanche gauche. Début le 11 janvier 1926.

Le 2 février, la jambe qui était en flexion aiguë très marquée, adduction, rotation interne, est mise en bonne position, et placée dans un appareil plâtré de coxalgie...

Le 25 février, nouvelle radio. Luxation pathologique.

« La tête fémorale semble à moitié amputée par le sourcil cotyloïdien. La moitié inférieure du cotyle est désertée. Ce qui reste de la tête est en subluxation en haut et en arrière. Les choses se passent comme si le rebord cotyloïdien, à la façon d'un instrument tranchant, réséquait cette tête poreuse, dont la première radiographie montrait la décalcification aiguë. »

On supprime la gouttière plâtrée, et on applique une traction continue.

Résultat: raccourcissement de quatre centimètres. Ankylose complète de la hanche.

BIBLIOGRAPHIE

- WILLIAM ADAMS. — Excision of the head of the Femur in a Case of Unreduced Spontaneous dorsal Dislocation occurring during Fever, *Royal med. and Chir. Society*, Oct. 28th 1884; *The British med. Journal*, Nov. 1 1884, p. 860.
- ARLISSON. — *Contrib. à l'étude des luxat. spontanées de la hanche (luxat. aiguës)*. Thèse Montpellier, 28 juillet 1903, p. 44-46.
- BACHMANN et M^{me} LUTIGNEAUX. — Un cas de luxation pathologique simple de la hanche d'origine ostéomyélique. *Echo médical du Nord*, n° 36, p. 175-177, 9 avril 1932.
- VICO BARBIERI. — Un caso di lussazione spontanea dell'anca. *Il Policlinico*, vol. XIV, Sezione pratica, p. 300-302, anno 1907 (pseudo-luxation).
- BARKER. — Discussion de la présentation d'Adams à la Royal medical and Chir. Society, Oct. 28th 1884, *The British med. Journal*, Nov. 1, 1884, p. 860.
- BARWEL. — Discussion de la présentation d'Adams à la Royal medical and Chir. Society, Oct. 28th 1884, *The British medical Journal*, 1 Nov. 1884, p. 860.
- R. BARWEL. — Royal medical and Chir. Society, April 28 th 1896, *The British medical Journal*, May 2, 1896, p. 1090.
- BAUR. — *Thèse de Giessen*, 1856.
- V. BAVIERA. — Lussazione dell'anca consecutiva ad artrite blennorragica, *Società Lancisiana degli ospedali di Roma*, séance du 27 avril 1907; ...in *Zeits. f. orthop. Chir.*, Bd 18, 1907, p. 535, et Bd 21, 1908, p. 662.

- BECHER. — Ueber pathologische Hüftgelenks-luxationen, *Verhandlungen der Deuts. Ges. f. Orth. Chir. Siebenter Kongress*, 24-26 April 1908, Protokolle, Diskussinen und Keine Mittheil., S. 41.
- BECHER. — Ueber kompensatorische Hüftgelenksverrenkung, *Zeitsch. für Orthopäd. Chirurgie*, Bd 20, 1908, p. 171-175.
- PH. FERD. BECKER. — Beiträge zur Kenntniss der Epiphysen. Osteomyelitis und deren Behandlung, *Deut. Zeits. für Chirurgie*, Bd 63, 1902, S. 176-202 (obs. XI, p. 185).
- CLAUDE BENOISTE-PILLOIRE. — *Arthrites suppurées aiguës de la hanche chez le nourrisson*. Thèse de Doctorat, Paris, 1925, n° 369.
- PAUL BERGER. — Sur une communication de M. le Dr Kirmisson intitulée: des luxat. soud. de la hanche dans les périodes de début de la coxalgie, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, séance du 27 novembre 1900, p. 629-634.
- P. BERTEIN. — Les luxations spontanées vraies dans la tuberculose articulaire et dans les arthrites en général, *Archives générales de Chirurgie*, 1913, t. IX, p. 1191-1207.
- BERTELSMANN. — Ein Fall von Spontanluxation des linken Hüftgel. im Verlauf eines schweren Scharlach, *Pathologisch-anatomische Arbeiten*, Herrn G. M. Dr Johannes Orth. zur Feier seiner 25 jährigen Prof. Jubiläums gewidmet, Berlin, 1903.
- RICHARD BLASIUS. — *Inaug.-Dissert.*, Halle, 1869.
- ERNST BLASIUS. — Beiträge zur Lehre von der Coxalgie, *Archiv für Klin. Chir.*, Bd 12, Heft 1, 187, p. 238-304 (obs. VIII, p. 250).
- BOBBIO. — Sulla lussazione spontanea del femora da osteomyelitis epifisaria, *La Clinica chirurgica*, 1904.
- BONNET. — *Traité thérap. des mal. articul.*, Paris, 1853, p. 469.
- EUG. BONNET. — *Considérat. sur quelques cas d'arthrite à la suite de fièvre typhoïde*. Thèse Paris, 23 décembre 1878, n° 483.

- BOUVIER. — Luxation spontanée de la hanche. *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1853.
- BOWLBY. — Discuss. de la présent. d'Adams à la Royal medical and Chir. Society, Oct. 28 th. 1884, *The British med. Journal*, 1 Nov. 1884, p. 860.
- BOYER (baron). — *Tr. des mal. chir. et des opér. qui leur conviennent*, 2^e édit., t. IV, 1818, p. 317.
- *Traité de mal. chirurgic.*, 1831. Des luxations spontanées ou consécutives du fémur, t. IV, chap. XII, p. 305.
- RICHARD BRADE. — Gelenkerkrankungen bei Scarlatina, *Inaug.-Dissert.*, Leipzig, 1904.
- MAX BRANDES. — Zur therapie spontaner Hüftgelenksluxationen im Gefolge akuter Erkrankungen, *Deuts. Zeitschr. für Chirurgie*, Bd. 105, Heft 1, 1910, p. 80-97.
- A. BROCA. — Luxat. de la hanche en arrière au début d'une coxalgie, *Revue d'Orthopédie*, 2^e sér., t. VII, 1906, p. 435-438.
- *Chirurgie infantile*, Paris (Steinheil), 1914.
- A. BROCA, E. DELANGLADE, P. BARBARIN. — Arthrites aiguës et ostéomyélites de la hanche, *Revue d'Orthopédie*, 2^e sér., t. III, 1902, p. 257-274, 354-378, 443-474 (obs. XX, p. 368).
- FRANCIS H. BROWN. — Rheumatic arthritis of coxo-femoral articulation, spontaneous dislocation on dorsum ilil, reduction after several months, *The Boston medical and surgical Journal*, New series, vol. VI, n° 13, 29 sept. 1870, p. 197-203.
- A. BRÜNING. — Beitrag zur Lehre von der blut. Reposit. veralteter Hüftluxationen, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 72^{er} Bd, 1904, p. 407-427.
- P. BRUNS. — Ueber die Operation irreponibler Luxationen. Bericht über die Verhandlungen der chirurg. Section der Naturforscherversammlung in Baden-Baden, 18-24 sept. 1879, von H. Tillmanns, *Centralblatt für Chirur.*, VI Jahrg., 25 Oct. 1879, n° 43, p. 697-703, p. 698.

- *Deutsche Chirurgie*, Lieferung 66, 2 Hælfte, 1910, p. 637.
- VON BRUNS et HONSELL. — Ueber die akute Osteomyelitis im Gebiete des Hüftgelenkes. *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, Bd. 24, Heft 1, 1899, p. 41-111.
- BULLINGER. — VI^e Cong. de Gyn., d'Obst. et de Péd., Toulouse, 22-28 sept. 1910, *Revue d'Orthopédie*, 3^e sér., t. I, 1^{er} novembre 1910, p. 564.
- BUOT. — *Pseudo-rhumatisme typhique*, Thèse Paris, 1883.
- H. L. BURRELL, R. W. LOWETT, J. E. GOLDTHWAIT. — A case of disocat. of the hip occurring during an acute inflammatory process, probably rheumatic, etc., *Boston med. and surg. Journal*, vol. CXLV, n^o 13, 1901, p. 355.
- H. CABOCHE. — Des luxations subites de l'articulation coxo-fémorale se produisant au cours de la coxalgie et de certaines maladies aiguës, *Revue d'Orthopédie*, 1898, p. 283-298.
- J. CAMARÉ. — *Contrib. à l'étude des luxations spontanées de la hanche*. Thèse Montpellier, 20 mai 1908 (obs. XX, Estor).
- CAPELLE. — Quelques considérations sur la luxation du fémur survenue dans le cours de la fièvre typhoïde épidémique, *Journal de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie*, t. XXXII, 19^e année, Bruxelles, 1861, p. 456-461.
- GEORGES-PAUL-ABEL CARDOT. — *Etude clinique de l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieur du fémur*. Thèse Paris, 2 juillet 1902, n^o 416.
- G. CAUSSADE et ANDRÉ TARDIEU. — 3 observations d'ostéoarthrite coxo-fémorale d'origine typhique chez l'adulte, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 6 mars 1925, p. 329-340.
- GUSTAVE CHAMBAS. — *Contrib. à l'étude des coxalgies aiguës*. Thèse Paris, 1919-1920, n^o 4.
- J.-B.-V. CHAMPENOIS. — *Des luxations subites se produisant dans le cours de certaines maladies aiguës*. Thèse Lille, 31 juillet 1894.

CHEVALET. — *Complications articulaires de la scarlatine.*
Thèse Paris, juin 1891.

JOH. G. CHRYSOSPATHE. — Hüftgelenksluxation nach Gelenkentzündung im frühesten Säuglingsalter, *Zeitsch. f. orthopäd. Chirurg.*, Bd. 16, Heft 3-4, p. 354-358.

GEORGES COKINOS. — *Déformat. de la hanche conséc. aux arthrites suppurées de la première enfance.* Thèse Lyon, 2 décembre 1902, n° 26.

H. STANSFIELD COLLIER. — Disloc. of the hip-joint arising in connection with acute fevers, 66th annual meeting of the British medical Associat., Edinburgh, 26th-29th July 1898, *The British med. Journal*, Oct. 1898, t. II, p. 1138.

P. CORRET. — Luxation subite de la hanche chez un enfant de neuf ans, au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. *Revue Médicale de l'Est*, 15 avril 1933, p. 309.

K. CRAMER. — Ueber seltene pathologische Luxat. und Subluxat. des Hüftgelenkes, *Archiv für Orthopädie, Mechanot. und Unfallchir.*, IX Bd., 1911, p. 26-37.

CRUVEILHIER. — *Tr. d'Anat. pathol.*, 1849.

CH GR. CUMSTON. — Spontaneous dislocation of the hip-joint following acute infectious diseases, *The Boston med. and surg. Journal*, vol. CLXIII, n° 18, p. 684-688, 3 novembre 1910.

A. DEGEZ. — *Luxations subites consécutives aux maladies aiguës.* Thèse Paris, 14 décembre 1908.

— Des luxations subites consécutives aux maladies aiguës, *Revue d'Orthopédie*, 1899, p. 44 à 68.

DELENS. — Discuss à la Soc. de Chir. de Paris, 7 novembre 1883, p. 801.

EUG. DELFINO. — Sulla lussazione spontanea dell'anca da osteomielite del bacino, *Archivio di Ortopedia*, anno XXIII, 1906, n° 1, p. 1-17.

DELORME. — Un cas de luxation spontanée, Soc. de Chirurgie de Buenos-Ayres, 13 mai 1929.

- M^{lle} MARG. DELPECH. — *Contrib. à l'étude des formes cliniques des ostéomyélites de la hanche*. Thèse Toulouse, juillet 1925, n° 48.
- GEORGES DELTEIL. — *Les arthrites gonococciques de la hanche*. Thèse Paris, 1926, n° 540.
- DESAULT. — *Mém. sur lux. spontanées du fémur*, œuvres publiées par Bichat, 1798, p. 314.
- F. DEVILLERS. — *Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, t. LVIII, 3^e sér., 1877, p. 257-258.
- E. N. DIDIER. — *Des luxations pathol. conséc. aux arthrites rhumatismales aiguës*. Thèse Paris, 30 avril 1880.
- DITTEL (a). — Reposition einer 5 Monate alten sekundären Hüftgelenks Luxation, *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, 4 Jahrg., 1 Heft; in *Wiener Mediz. Wochenschr.*, 11 Jahrg., n° 13, 30/3 1861, S. 200-201.
- DITTEL (b). — Ueber Reposition secundärer Luxationen in Hüftgelenk und forcite Extension einen Contractur, *Jahresb. über die Leistungen und Fortschritte der Gesamten Medizin. Virchow und Hirsch*, 1868, II, p. 367.
- DOLBEAU. — *Leçons de Clinique chirurgicale*. Victor Masson et fils éd., Paris, 1867. Affections de la hanche, luxations pathologiques, diagnostic et traitement, p. 369 à 390.
- DUCLAUX. — *Ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur chez l'enfant*. Thèse Paris, 1905.
- DUGUET et CLAVELIN. — Les arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche chez l'adulte, *Revue de Chirurgie*, 1925, n°s 4 et 5.
- L. A. DUNN, H. BETHAM ROBINSON, H. MORLEY FLETCHER. — *The Lancet*, 1 August 1903, p. 316-318; Remarks by Dudgeon and Branson, *Ibid.*, p. 318-319.
- S. DUPLAY. — Luxation spontanée de la hanche, *La Presse médicale*, 14 et 25 mai 1898, p. 257 et 281.
- SIMON-DUPLAY. — *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, 3^e série. Masson et C^{ie}, éd., 1900. p. 18-48.

- DUVERNAY et PARENT. — 50 nouveaux cas d'arthrite de la hanche avec radiogr. Essai pathogénique, *Lyon Chirurg.*, t. XXIII, 1-2/1926, p. 128-134.
- DANIEL N. EISENDRATH. — Spontaneous dislocat. of the hip-joint occuring during the course of the acute infections diseases, *Annals of Surgery*, vol. XXVI, 1897, p. 448-454.
- ENDERLEN. — Würzburger Aersteabend. Sitzung vom 12 Juli 1910, *Münch. mediz. Wochens.*, 30 Aug. 1910, n° 35, p. 1861.
- ENGELMANN. — Zur Kasuistik der Spontanluxationen des Hüftgelenkes, Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, *Centralblatt f. Chirurgie*, 1903, n° 9, p. 262.
- IBR. F. EL ESSAVY. — *Les 'séquelles orthopédiques des arthrites aiguës de la hanche du nourrisson, etc.* Thèse Nancy, 21 juillet 1927.
- AUG. ETIENNE. — *Des luxations spontanées se produisant dans le cours des principales infections.* Thèse Nancy, 14 mai 1902.
- G. ETIENNE. — Luxation de la hanche dans la fièvre typhoïde, *Revue Médic. de l'Est*, 24 octobre 1900, p. 763.
- JOHN EWENS. — *Annual of the universal med. Sciences de Sajons pour 1893.*
- M. P. L. FABRE. — *Des luxations en avant dans la coxalgie.* Thèse Paris, 14 mai 1902.
- H. A. J. FAIRBANK. — Discussion sur le trait. opérat. des luxat. de la hanche congénit. et pathol. (*The Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1923, vol. XVI (Section of Orthopædies), p. 15-23).
- FEER. — 2 3/4 jähriger Mædchen mit chronischem Gelenk-rheumatismus und Luxation des linken Hüftgelenkes, *Naturhistorisch-med. Vercin Heidelberg*, 25 Juni 1907; *Münchener med. Wochenschr.*, 1907, 39.
- ALBERT FINZI. — *Les luxations antérieures à la coxalgie.* Thèse Paris, 15 mars 1899.
- FIORANI. — *Archivio di Ortopedia*, fasc. 4-5, 1892.

- R. FLAMENT (a). — Des luxat. pathol. de la hanche consécutives aux maladies infectieuses aiguës (et en particulier aux pneumococcies), *Revue d'Orthopédie*, 3^e sér., t. VII, 1^{er} juillet 1920, p. 321-338.
- R. FLAMENT (b). — *Des luxations pathol. de la hanche dans la seconde et la première enfance consécutives aux maladies infectieuses aiguës*. Thèse Paris, 1920, n^o 260.
- GUILLAUME FLORANGE. — *Des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde chez l'enfant*. Thèse Paris, 10 mai 1902.
- FORGUE et MAUBRAC. — *Des luxations pathologiques. Leur pathogénie*, 1 vol, 177 p., A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 1886.
- PAUL FRANGENHEIM. — Die Spontanlösung der ypsilonförmigen Knorpelfuge, Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg am 27 Mai 1907, *Archiv für Klinische Chirurgie*, Bd. 83, 1907, p. 263-274.
- KENDAL FRANKS. — Academy of Med. in Ireland, March 9th 1883, *The Lancet*, 7th July 1883, vol. II, p. 15.
- FREEMANN. — Luxat. spont. de la hanche au cours d'une fièvre typhoïde, *Med. News*, 26 octobre 1895 (?)
- HANS FRIEDHEIM. — Ueber die spontanluxation des Hüftgelenks nach Typhus und ihre Behandlung, *Inaug.-Dissert.*, Berlin 23 juillet 1885.
- FRÉLICH (a). — Luxat. spont. brusque et précoce de la tête fémorale comme premier symptôme dans la coxalgie tuberculeuse. *Soc. de Médecine de Nancy*, 25 janvier 1922; *Revue médicale de l'Est*, 1922, p. 177-178.
- FRÉLICH (b). — Arthrite aiguë de l'enfance et luxation consécutive à la hanche, *Soc. de Médecine de Nancy*, 24 déc. 1924; *Revue médicale de l'Est*, 48^e année, t. LIII, 1925, p. 61-64.
- FRÉLICH (c). — Arthrite typhique de la hanche avec luxation spontanée de la tête fémorale, *Soc. de Médecine de Nancy*, 24 décembre 1924; *Revue médicale de l'Est*, 48^e année, t. LIII, 1925, p. 64-65.

- FRÆLICH (J). — Discuss. au V^e Congrès allemand d'Orthopédie. — La communication n'est pas reproduite dans les comptes rendus officiels du Congrès. Il en existe une analyse dans la *Revue d'Orthopédie*, 1906, p. 466.
- FUSARI. — XXXIII^e Cong. de la Soc. ital. de Chir., 25 octobre 1926, *Archivio ital. di Chirurgia*, vol. XVI, novembre 1926.
- C. GARRÉ. — Ueber besondere Formen und Folgezustände der akuten infektiösen Osteomyelitis, *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, Bd. 10, 1893, p. 241-297.
- H. GAUDIER. — Luxation iliaque gauche spontanée. *La Pédiatrie pratique*, 15 avril 1905, p. 85-89.
- RENÉ DE GAULÉJAC. — *Contrib. à l'étude des luxat. pathol. de la hanche chez les enfants*. Thèse Lyon, 6 janvier 1904.
- G. GAYET. — De la reposition sanglante de la tête fémorale dans les luxations irréductibles de la hanche (en particulier dans les luxations pathologiques), *Revue de Chirurgie*, 22^e année, t. XXVI, p. 41-66 et p. 269-291.
- G. GEVAERT. — Luxat. soud. de la hanche au cours du rhumatisme articulaire aigu, *Journ. de Méd. chir. et Annales de la Société belge de Chirurgie*, 1901, n^o 11, p. 688-693.
- J. H. A. GIBERT. — *Etude clinique de la coxalgie observée chez les enfants*. Thèse Paris, 29 janvier 1859 (obs. XXX).
- GOLDTHWAIT. — Le trait. des disjonct. artic. conséc. aux affect. rhumatism., *Boston med. Journ.*
- H. GRAFF. — Ueber die Spontanluxationen des Hüftgelenkes im Verlauf von acuten Infektionskrankheiten, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, Leipzig, 1902, p. 588-613.
- GRONDERIE. — Arthrites aiguës suppurées de la hanche chez le nourrisson. Thèse Paris, 1927-1928.
- PAUL GÜTERBOCK. — Ueber spontane Luxationen und einige andere Gelenkkrankheiten bei Ileotyphus, II Kongress der Gesellschaft für Chirurgie, 18 avril 1873, *Archiv für Klin. Chir.*, Bd. 16, Heft. 1, 1874, p. 58-67.
- HANS HAHN. — Ueber Spontalluxationen bei Coxitis, *Inaugural-Dissertation*, Freiburg-i-Br., 1910 (obs. III, p. 29).

- J. N. HALL. — A case of dislocation of the hip in acute rheumatism, *Annals of Surgery*, vol. XXXVII, 1903, p. 503-504.
- P. HALLOPEAU (a). — Luxat. spontan. de la hanche au début d'une ostéomyélite. Son mécanisme. Conséquences thérapeutiques, *Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris*, t. XIX, 1921, séance du 24 mai 1921, p. 169-175.
- HALLOPEAU (b). — Discussion de la communication Voudouris, *Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris*, séance du 5 février 1924, p. 63.
- H. HALMITON. — *Traité des fractures et des luxations*.
- U. L. HART. — Spontaneous during early life of the hip-joint, 28 cases. *Arch. Surg.*, n° 17, p. 587-612, Oct. 1928.
- HARTMANN. — Luxation spontanée obturatrice de la hanche gauche, au cours d'une coxite aiguë; réduction au bout d'un mois. Rapport par M. Kirmisson, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, 28 février 1893, p. 203.
- OTTO HARTMANN. — Ueber die Behandlung der acuten primär synovialen Eiterungen der grossen Gelenke, *Deuts. Zeits. für Chir.*, 57 Bd., III u. IV. Heft, Oct. 1900, p. 231-312.
- W. HAUMANN. — Beiträge zu den selteneren Formen der akuten infektiösen Osteomyelitis der langen Röhrenknochen, *Brunn's Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, Bd. 119, Heft 2, p. 453-467, 1920.
- HAYWARD. — *Surgical Reports*, Boston, 1855.
- HEINRICH WILHELM HELLWIG. — Ueber affektionen im Hüftgelenk bei Typhus, *Inaug.-Dissert.*, Marburg, 24 mai 1856.
- HENDRIX. — Réduction d'une luxation chez un coxalgique. Réunions semi-mensuelles de la Polyclinique, séance du 28 avril 1911, *La Polyclinique*, t. XX, 1911, p. 142-144 (pseudo-luxation).
- HOFFA. — *Handbuch der Chirurgie*.
- B. HONSELL. — Weiterer Beitrag zur akuten Osteomyelitis im Gebiete des Hüftgelenkes, *Beiträge zur Kin. Chir.*, Bd. 39, Heft 3, 1903, p. 593-619 (obs. XV).

- HÜBENER. — Fall von pathologischer Luxation des Hüftgelenks im Anschluss an Typhus, *Medicinische Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur*, 14 mai 1897; *Allgemeine medicinische Central. Zeitung*, 1897, 66 Jahrg., n° 58, p. 737.
- J. W. HULKE. — Discuss. à la Royal med. and Chir. Society, Oct. 28th 1884, *The British med. Journal*, Nov. 1, 1884.
- HUMBERT et JACQUIER. — *Essai et obs. sur la manière de réduire les luxat. spontanées de l'articul. ilio-fémorale*, 1835.
- S. T. IRWIN. — Problems in the treatment of acute arthritis of the hip, *The British medical Journal*, 11 octobre 1924, p. 658-659.
- JESCHINSKY. — *Thèse de Halle*, 1869.
- SVEN JOHANSSON. — Beitrag zur Kenntnis der postosteo-myelitischen Deformitäten und deren Behandlung, *Zeitsch. für Orthop. Chir.*, Bd. 49, p. 161-207.
- ROBERT JONES. — 66th annual Meeting of the Brit. med. Assoc., *The British med. Journal*, 15 Oct. 1898, p. 1139.
- R. WATSON JONES. — Spontaneous dislocation of the hip, *The British Journal of Surgery*, vol. XIV, 1926-1927, p. 36-57 (obs. VII).
- J. B. JORDANSKI. — Ein Fall von spontaner Luxation des Hüftgelenkes nach einer Polyarthritits rheumatica acuta, *Inaug.-Dissert.*, Munich, 1912 (46).
- E. JOÜON (a). — Luxat. soud. de la tête du fémur en bas et en avant, vers le trou ovale, au début d'une coxalgie de la hanche gauche. Réduction complète et facile sous le chloroforme dix-huit mois après le déplacement, *Revue d'Orthopédie*, 1^{er} janvier 1901, 12^e année, p. 55-62.
- EUGÈNE JOÜON (b). — *Des luxations soudaines de la hanche au début de la coxalgie*. Thèse Paris, 13 juin 1901.
- JOURDAN. — Luxation post-typhique de la hanche. Communic. au XII^e Cong. de l'Assoc. fr. de Chir., 17-24 oct. 1898, *Presse Médicale*, 5 novembre 1898, p. 277, et *Rev. de Chir.*, 1898, t. XVIII, p. 1140-1141.

- HENRI JUDET. — Luxations de la hanche consécutives aux arthrites suppurées chez le nourrisson, *Bull. et Mém. de la Soc. des Chir. de Paris*, séance du 20 avril 1928, t. XX, n° 7, p. 301-308. — Voir Discussion, même numéro, p. 308, et n° 8, p. 322-328.
- KAREWSKI (a). — Fall von Spontanluxation nach Coxitis gonorrhoeica. Freie Vereinigung des Chirurgen Berlins, 43 Sitzung, am 13. Juli 1891, *Berl. Klin. Wochenschr.*, 21 März 1892, p. 290.
- KAREWSKI (b). — Die operative Behandlung des angeborenen und anderer Hüftverrenkungen, *Centralblatt für Chirurgie*, 10 Sept. 1892, p. 713-719.
- HEINRICH WILHELM KAUFMANN. — Beiträge zur Casuistik der Gelenkaffectionen bei Typhus abdominalis, *Inaugural-Dissertation*, Leipzig, 1901, n° 69.
- WILLIAM W. KEEN. — On the surgical complications and sequels of the continued fevers. *The Toner lectures*. Lecture V, 17 feb. 1876. Smithsonian miscellaneous Collections, n° 300, Vol. XV, 1878, Washington.
- KIRMISSON (a). — Des luxat. soud. au cours de la coxalgie, *Revue d'Orthopédie*, 1899, p. 26-35.
- KIRMISSON (b). — Des luxat. soud. de la hanche dans les périodes du début de la coxalgie, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 13 mars 1900, p. 313.
- E. KIRMISSON (c). — Des luxat. conséc. à l'ostéomyélite de la hanche dans la première enfance, *Revue d'Orthopédie*, 1^{er} janvier 1908, p. 31-43.
- PAUL KLEMM. — Ueber die Gelenkosteomyelitis, speziell die osteomyelitische Coxitis, *Archiv für Klinische Chir.*, Bd. 97, Heft. 2, p. 414-457, 1912.
- FR. KÖNIG (a). — *Die tuber. d. Knochen und Gelenke*, 1884 (*La tuberculose des os et des articulations*, traduit de l'allemand par Dr Paul Liebrecht, Paris, 1885).
- FRANZ KÖNIG (b). — *Die tuberculose der menschlichen Gelenke*, Berlin, 1906 (Aug. Hirschwald), 166 pages; *Coxitis tuberculosa*, S. 57-90.

- R. U. KRÖNLEIN (a). — Spontane Luxation des Femur während einer Typhus, *Archiv für Klin. Chir.*, Supp. Heft zum XXI Bd., p. 313, 1877.
- R. U. KRÖNLEIN (b). — Die Lehre von den Luxationen. III Spontane Luxationen. *Deutsche Chirurgie* (Billroth und Lücke), Lieferung 26, p. 107-121, 1882.
- E. KUMMER. — La luxation coxo-fémorale dite spontanée, *Revue de Chirurgie*, 1898, p. 55, 111, 318, 632.
- LÉON LABBÉ. — *De la coxalgie*. Thèse d'agrégation, 1863, Paris (cite, p. 28, un cas de Blache, Guersant et Nélaton qui paraît inédit).
- LAGRANGE. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 19 février 1890, p. 172. Rapport de M. E. Kirmisson.
- L. LAMY et BENOISTE-PILLOIRE. — Arthrites à pneumocoques de la hanche chez le nourrisson et luxations de la hanche, *Presse Médicale*, 5 septembre 1923, p. 71-73.
- LANCE (a). — Les luxat. précoces et les pseudo-luxations précoces de la coxalgie, *Revue d'Orthopédie*, 3^e sér., t. III, p. 175-183, 1912.
- LANCE (b). — Luxation précoce dans la coxalgie, *Revue d'Orthopédie*, 3^e sér., t. IV, p. 573-574, n^o 6, 1913.
- LANCE (c). — *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, séance du 5 février 1924, p. 59-64.
- L. LANDOUZY, H. GOUGEROT, H. SALIN. — Arthrites séreuses expérimentales, *Comptes rendus hebdom. des séances de l'Acad. des Sciences*, séance du 17 octobre 1910, t. CLI, p. 683-685.
- LANNELONGUE. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 7 novembre 1883, p. 802.
- HENRI-EMILE LARUE. — *Des manifest. de la fièvre typhoïde*. Thèse Nancy, 28 juillet 1911.
- LECLERC. — Luxat. pathol. de la hanche dans la convalesc. d'une fièvre typhoïde, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 24 décembre 1890, rapport de Nélaton.
- RENÉ LE FORT. — La réduction des luxations soudaines survenues au cours de l'ostéomyélite de la hanche, *Bull.*

- et *Mém. de la Société nationale de Chirurgie*, séance du 16 février 1927, p. 234-242.
- CHARLES LE GUICHAOUA. — *Des variétés rares de luxations spontanées dans la coxalgie*. Thèse Paris, 2 mai 1901.
- A. LEHRNBECHER. — Ein Fall von doppelseitiger Spontanluxation bei Coxitis tuberculosa, *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1922, Bd. 168, p. 37-50.
- LE SAUVAGE. — *Mémoire théorique et pratique sur les luxations dites spontanées ou consécutives*.
- LESNÉ. — Discuss. de la communic. de G. Caussade et A. Tardieu, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 6 mars 1925, p. 340-341.
- LESNÉ et MAURICE LÉVY. — Ostéo-arthrite coxo-fémorale éberthienne, survenue chez un enfant pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, séance du 18 novembre 1924, p. 398-401, t. XXII, 1924.
- F. W. LORINSER (a). — Einrichtung einer nach Hüftgelenkentzündung entstandenen Selbstverrenkung des linken Oberschenkels, *Wiener med. Woch.*, 4 juin 1853, n° 23, p. 353-356.
- F. W. LORINSER (b). — Verrenkung des Schenkelkopfes durch flüssige Ausschwitzung im Hüftgelenke, *Wiener med. Wochenschr.*, 1853, 13 août, p. 517-520.
- LÜCKE (a). — V. Ruch.
- LÜCKE (b). — Die Ätiologie der chronischen Ostitis und Periostitis, *Deuts. Zeitsch. für Chir.*, 13 Bd., III u. IV Heft, 1880, S. 300-308.
- MACKENZIE. — *Trans. american orthop. assoc.*, vol. V.
- MAKAWEFF. — *Rousky Vratsh*, 1889, n° 15.
- J. F. MALGAIGNE. — *Traité des fractures et des luxations*. — T. II. *Des luxations*. J. B. Baillière, éd., Paris, 1855.
- DARIO MARAGLIANO. — Nouveaux points d'appui chirurgicaux de la lux. vraie au cours de la coxalgie, *La Chir. degli org. di movim.*, avril 1921.

FERDINAND MARTIN et ALFRED COLLINEAU. — *De la coxalgie, de sa nature, de son traitement*, 1865, Paris, A. Delahaye.

MASSABUAU, GUIBAL et BRÉMOND. — Coxalgie au début. Luxation pathologique de la hanche malade, survenant comme complication d'une rougeole intercurrente, *Bull. de la Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier*, etc., séance du 12 juin 1925, p. 388-390, 6^e année, fasc. VIII, 1924-1925.

MASSABUAU, GUIBAL et LAUX. — Ostéomyélite de la fosse iliaque interne. Psoïtis. Luxation pathologique de la hanche, *Bull. de la Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier*, etc., séance du 12 février 1926, 7^e année, fasc. 4, 1925-1926, p. 159-163.

MASSABUAU, MILHAUD et GUIBAL. — Luxation de la hanche au début de la coxalgie, *Bull. de la Soc. méd. et biol. de Montpellier*, etc., 1922-1923, séance du 5 janvier 1923, p. 101-104, 4^e année, fasc. 3, 1922-1923.

P. MATHIEU et WILMOTH. — L'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. — *La Médecine*, 8^e année, n^o 1, octobre 1926, p. 55-59.

P. MAUCLAIRE. — Des arthrites suppurées dans les principales maladies infectieuses, *Archives gén. de Médecine*, 1895, 8^e sér., t. III, p. 15, etc.

RODOICA MIYOVITCH. — *Contrib. à l'ét. de la luxat. pathol. vraie dans la coxalgie*. Thèse Montpellier, 28 juillet 1927, n^o 11.

J. H. MONNIER. — *Essai sur quelques points de la luxation symptomatique du fémur*. Thèse Paris, 19 décembre 1850, n^o 230.

MONNIER. — L'ostéomyélite du col du fémur chez les enfants, *Schweizerische mediz. Wochenschrift*, t. LVI, n^o 45, 13 nov. 1926, p. 1088-1095.

MUCCI. — Luxat. pathol. de la hanche après une fièvre typhoïde; considér. clin. et traitement, *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, an. 67, n^o 43, 24 octobre 1926, p.

- 1014-1018; anal. in *Journ. de Chir.*, t. XXIX, n° 5, mai 1927, p. 634-635.
- MÜNCH. — Ein Fall von Spontanluxation bei beginnender Coxitis tuberculosa, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 185 Bd., 1924, p. 274-278.
- MUSCATELLO. — Sulla riduzione cruenta della lussazione spontanea dell'anca. *Bollett. delle Soc. med. Chir. di Pavia*, Luglio 1904 (?).
- NÉLATON. — Rapp. sur la communic. de Leclerc, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 24 décembre 1890.
- ERNEST F. NEVE. — Six cases illustrating the operative treatment of some forms of hip-joint disease, *The Lancet*, 24 novembre 1900, vol. II, p. 1497-1498.
- F. E. NICHOL. — Dislocation of the hip occurring in acute rheumatism, *The Lancet*, March 11, 1893, p. 525.
- H. NICOLAS. — *Cont. à l'ét. de l'ostéomyélite de la hanche*. Thèse de Montpellier, 14 novembre 1925.
- G. NOVÉ-JOSSERAND. — *Précis d'Orthopédie*, Paris (O. Doin), 1905; *Luxations pathologiques proprement dites*, p. 354.
- G. NOVÉ-JOSSERAND et E. PERRIN. — Les luxations vraies au cours de la coxalgie, *Revue d'Orthopédie*, 1^{er} mai 1909, p. 221-237.
- CHARLES OBLIN. — *Cont. à l'étude des luxations de la coxalgie, etc.*, Thèse de Montpellier, 26 mars 1909, n° 47.
- KURT OCHSENIUS. — Koxitis mit Spontanluxation bei Grippe, *Deutsche mediz. Wochens.*, 29 décembre 1922, p. 1726.
- L. OMBRÉDANNE. — Pièce de luxation précoce dans la coxalgie. *Revue d'Orthopédie*, 3^e sér., t. IV, 1^{er} novembre 1913, p. 481-485.
- PACI. — *Sulla coxite puerperale e suoi esiti*, 1891.
- J. PARISE. — Recherches historiques, physiolog. et pathol. sur le mécanisme des luxat. spontanées ou sympt. du fé-mur, *Archives génér. de Médecine*, 3^e et nouv. série, t. XIV, 1842, p. 1-36, 142-158, 428-448.

- VICTOR PAUCHET. — Trait. de l'ostéomyélite aiguë du tiers supérieur du fémur par la résection de la hanche, *Archives prov. de Chir.*, t. XVI, n° 10, octobre 1907, p. 602-604.
- ERWIN PAYR (a). — Ueber blutige Reposition von pathologischen und veralteten traumatischen Luxationen des Hüftgelenkes bei Erwachsenen, *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, Bd. LVII, 1900, S. 14-60.
- ERWIN PAYR (b). — Weitere Mittheilungen über die blutige Reposition veralteter Hüftgelenksverrenkungen bei Erwachsenen, *Archiv für Chirurgie*, Bd 63, 1901, p. 952-969.
- K. PESCHTIES. — Ueber spontane und traumatische Luxationen des Hüftgelenks im Kindesalter, *Inaugural-Dissertation*, Königsberg, 1908.
- J. L. PETIT. — *Mémoire à l'Académie royale des Sciences*, présenté le 17 février 1722.
- J. L. PETIT. — *Traité des maladies des os*.
- GEORG PFISTERER. — Ueber Pneumokokken-Gelenk und Knocheneiterungen, *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, Berlin, 1902, t. LV, p. 416-444.
- PHOCAS. — Des luxat. subites se produisant dans le cours de certaines maladies aiguës, *Gaz. des Hôp.*, 15 et 22 novembre 1894, n°s 132 et 135, p. 1233-1235 et 1262-1264.
- JEAN PIQUET (a). — Les arthrites de la hanche dans l'ostéomyélite de l'adolescence et de la seconde enfance, *Revue de Chirurgie*, 1926, p. 767-820, et 1927, p. 38-100.
- J. PIQUET (b). — A propos de cert. formes d'ostéomyélite simulant la coxalgie: les arthrites de la hanche conséc. aux ostéom. de la partie sup. du fémur, à localisation extra-articulaire. Rapport de Mouchet, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 16 mars 1927.
- VON PITHA. — *Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie*, 4 Bd. 2 Abth, Abschnitt X, 1868: II Untere Extremität-Spontane Luxation des Hüftgelenkes, p. 171-177.

- PLISSON. — Dystrophie grave, ostéo-articulaire, coxo-fémorale, révélée cliniquement à la suite d'une suppuration prolongée, etc. Rapport de M. Albert Mouchet, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, séance du 24 mai 1922, p. 728-732.
- PORTWICH. — Ein Beitrag zur akuten infektiösen Osteomyelitis im Bereich des Hüftgelenks, *Deut. Zeitsch. für Chir.*, Bd. 186, 1924, p. 236-254.
- J. B. C. G. POUDENX. — *Contrib. à l'ét. des arthrites aiguës suppurées des nourrissons*. Thèse Bordeaux, 30 juillet 1926.
- G. PRUDOT D'AVIGNY. — *Des arthrites coxo-fémorales d'origine typhique*. Thèse Paris, 1920, n° 406.
- G. F. PUSCH. — Spontane Hüftluxat. als Complic. des Typhus abdomin., *Inaug.-Dissert.*, Breslau, 1918.
- H. G. RAWDON. — *Liverpool medico-chir. Journal*, Jan, 1882, p. 22.
- Malade présentée plus tard à l'occasion de la discussion sur la présentation d'Adams à la Royal med. and chir. Soc., le 28 octobre 1884, *The British med. Journal*, Nov. 1, 1884, p. 860.
- PAUL RECLUS. — Des luxations paralytiques du fémur. *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, 1878, p. 176.
- H. REERINK. — Zur operativen Behandlung irreponibler Luxationen, *Beiträge zur Klinische Chir.*, Bd. 15, Heft 2, p. 375-456, 1896.
- RICHON. — Luxat. spontan. coxo-fémorale au cours d'une fièvre typhoïde, *Soc. de Méd. de Nancy*, 24 avril 1901; *Revue médicale de l'Est*, 28^e année, t. XXXIII, 1901, p. 502-507.
- ROCHER et MAGNANT. — Arthrite suppurée de la hanche gauche chez le nourrisson. Résultat éloigné (8 ans), *Société anatomo-clinique de Bordeaux*, 31 janvier 1927; *Journal de Méd. de Bordeaux et de la Région du Sud-Ouest*, 104^e année, n° 6, 25 mars 1927, p. 243.

- RÖDERER. — A propos des ostéo-arthrites suppurées du nourrisson, etc., *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, séance du 16 mai 1928, t. XX, n° 9, p. 412-415.
- W. ROSER. — Die Lehre von Spontan-Verrenkungen des Oberschenkels, *Schmidt's Jahrbücher*, Bd. 94, 1857, p. 120-128.
- J. ROTHSCHILD. — Zwei Fälle von Arthritis deformans nach Typhus, etc., *Berlin. Klin. Woch.*, 47 Jahrg., 24 Janv. 1910, n° 4, p. 145-147.
- S. M. ROUBACHEV. — Les luxations pathologiques de l'articulation coxo-fémorale à la suite d'une infection aiguë, *Novy Khirourghitchesky Arkhiv*, t. VII, n° 3, 1925; anal. in *Presse Médicale*, 26 septembre 1925, p. 172 de la *Revue des Journaux*.
- G. RUCH. — Zwei Fälle von Spontaner Luxation des Hüftgelenkes nach acutem Gelenkrheumatismus, *Deuts. Zeits. für Chirurgie*, Bd. 33, 1892, S. 594-611.
- J. SABLÉ. — Commun. à la Société anatomo-clinique de Lille, *Journal des Sciences médic. de Lille*, 2 février 1907, n° 5, p. 110-115.
- F. SAINT-AGNÈS. — *Contrib. à l'étude de la luxation dans la coxalgie*. Thèse Paris, 27 juillet 1885.
- RAYMOND SAINTON. — Des luxations subites de la hanche se produisant dans le cours de certaines maladies aiguës, *Revue d'Orthopédie*, n° 5, 1892, p. 354-371.
- SALMAN. — Ein Fall von schwerer Gelenkerkrankung nach Scharlach, *Deutsche mediz. Wochenschr.*, 24 décembre 1896.
- G. SANGIORGI. — Lussazione da coxite tifica, *Atti del IV Congresso delle Società ortopedica italiana*, Bologna, XV ottobre 1907, 33-34, Biella, 1908.
- SCARLINI. — Sur le traitement de la luxat. épiphys. de la hanche. *Archivio di Ortoped.*, vol. XLIII, 1927.
- MAX SCHIEDE. — Weitere Beiträge zur Behandlung von Gelenkkrankheiten mit Gewichten, *Archiv für Klinische Chirurgie*, Bd. 12, Heft 3, S. 885-975.

- MARTIN SCHLAAF. — Pathol. Luxation des Hüftgelenks nach Scharlach, *Inaug.-Dissert.*, Halle-Wittenberg, 29 Juli 1911 (obs. VII).
- J. SCHÖEMAKER. — Die Reposition einer veralteten patholog. Hüftgelenksverrenkung, *Deuts. Zeitschr. für Chirurgie*, Bd. 66, 1903, p. 204-207.
- IDA SCHÖNBERGER. — Ueber Spontanluxationen nach akuten Infektionskrankheiten, *Inaug.-Dissertation*, Freiburg-im-Breisgau, 1910, n° 49.
- SCHOTTEN. — *S. Archiv für physiologische Heilkunde*, unter Mitwirkung von W. Griesinger, W. Roser und C. A. Wunderlich, 13 Jahrg., Stuttgart, 1854.
- E. H. SCHWAB. — A case of gonococcal arthritis, with pathol. disloc. of the hip-joint, *The Lancet*, vol. CCXII, 12th March 1927, p. 544.
- FRITZ SCHWANEBECK. — Ueber die blutige Reposition einer veralteten spontaner Hüftluxation, *Inaug.-Dissertation*, Greifswald, 1911.
- SECCHI. — Discussion de la Communication de Sangiorgi, *Atti del IV Congresso della Societa ortopedica italiana*, Bologna, XV Ottobre 1907, p. XXXIV, Biella, 1908.
- E. SEIFERT. — Luxation spontanée de la hanche, *Arch. fr. d'Orthop.*, n° 25, p. 495-501, 25 oct. 1927.
- FRANZ SEITZ. — Zen Ätiologie und Therapie des typhösen Fiebers. I Typhus mit spontaner Luxation des linken Oberschenkels, *Deutsche Klinik*, 12 März 1864, Bd. XVI, n° 11, p. 109-111.
- JOSEPH SMITH. — Spontaneous dislocation of hip during scarlatinal dropsy, *The British med. Journ.*, 24 février 1872, p. 209.
- NOBLE SMITH. — 66th annual meeting of the Brit. med. Assoc., Edinburgh, 26th-29th July 1898, *The Brit. med. Journ.*, Oct. 98, t. II, p. 1139. Discussion de la communic. de S. Collier.
- ADOLF SILBERSTEIN. — Hüftgelenkserkrankungen in Schwangerschaft und Wochenbett, *Zeitsch. f. Orthop. Chir.*, Bd. 15, 1906, p. 60-76.

- SOLOWEITSCHIK. — Réunion à la Société russe « de Pirogoff » pour la Chirurgie (*in* Jordanski).
- SONNENBURG. — Einige Bemerkungen über die im Auftreten den Spontanluxationen des Femur und deren Behandlung, *Archiv für Klin. Chir.*, Bd. 32, Heft 4, p. 841-850, 1885.
- SPILLMANN. — Discuss. de la commun. de Richon, *Soc. de Méd. de Nancy*, 24 avril 1901; *Revue méd. de l'Est*, 28^e année, t. XXXIII, 1901.
- EDWARD STANLEY. — On dislocations, especially of the hip-joint, accompanied by elongation of the Capsule and Ligaments, *Medico-chirurg. Transact.*, 2^e serie, vol VI, p. 123-145.
- STEINHARDT. — Ueber pathol. Hüftgel. luxat. mit Berucksichtigung ihrer Behandl. und Dauererfolge, *Inaug.-Dissert.*, Göttingen, 1919.
- EDUARD STREISSLER. — Ueber die Operative Behandlung irreponibler vorderer Hüftluxationen, *Beitr. zur Klin. Chir.*, Bd. 58, 1908, Heft 3, p. 571-605.
- STROMEYER. — *Handbuch der Chir.*, Freiburg-im-Breisgau, 1844.
- P. TRIDON (a). — Luxation de la hanche au début de la coxalgie, *Revue d'Orthopédie*, 1912, 3^e sér., t. III, p. 189-191.
- P. TRIDON (b). — Luxation spontanée précoce de la hanche au cours de la coxalgie, *Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, 1921, 91^e année, 6^e sér., t. XVIII, p. 491-495.
- P. TRIDON et J. VIÉ. — 3 cas de luxat. précoce au cours de la coxalgie. *Bull. et Mém. de la Soc. anatom. de Paris*, 92^e année, 1922, 6^e sér., t. XIX, p. 413-420.
- L. VAUTIER. — *Des luxat. brusques au début de la coxalgie*. Thèse de Nancy, 13 janv. 1911.
- VAUTRIN. — Discuss. à la Soc. de Méd. de Nancy, 24 avril 1901, *Revue méd. de l'Est*, 28^e année, t. XXXIII, 1901, p. 507.
- E. VENEZION. — Cas de luxation spontanée à forme de luxation congénitale, *Arch. di Orthop.*, n^o 46, p. 679-686, 30 juin 1930.

- GASTON VERBOUD. — *Contrib. à l'étude des luxat. pathol. « soudaines » de la hanche au cours de la coxalgie*. Thèse Paris, 1928.
- VERNEUIL (a). — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 2^e sér., vol. VI, p. 40, 1865.
- VERNEUIL (b). — Des luxations subites dans le cours du rhumatisme articulaire ou des arthrites aiguës et de leur réduction immédiate, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 31 octobre 1883, p. 781-798.
- J. VINCENT. — *Du mécanisme de la luxation spontanée du fémur dans la coxalgie*. Thèse Paris, 13 janvier 1870 (un cas, p. 27).
- A. VIELKEL. — Ein Unicum von acutem Gelenkrheumatismus, *Berlin. Klinisch. Wochenschr.*, 30 mai 1881, p. 311-313.
- VOLKMANN. — Spontan. luxat. in Pitha und Biblroth, *Handb. ber allg. und spec. Chir.*, 1865, t. II, 2 Abt., p. 657.
- CL. VOUDOURIS. — Scarlatine avec complications multiples. Luxation spontanée de la hanche post-scarlatineuse. Guérison, *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, séance du 5 février 1924, p. 59-64.
- WEIL. — Spontanluxation des rechten Hüftgelenks nach Typhus, *Centralbl. für Chir.*, 31 août 1878, n° 35, p. 599. — L'original serait dans *Prager med Woch.*, 1878, n° 7, qui manque à Paris et à Lille. Il est reproduit in-extenso par Friedheim.
- FRITZ WETTE. — Ueber Hüftgelenksverrenkungen nach Coxitis im Säuglingsalter, *Zeitsch. f. Orthop. Chir.*, Bd. 15, 1906, p. 632-640.
- WIETING. — Observation communiquée par Wieting à Graff et publiée page 606 du mémoire de Graff.
- WILMS. — *Mediz. Gesellsch. Basel*, Sitzung vom 16 Dezember 1909; *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, Jahrg. 40, 1910, p. 375.
- ARNOLD WITTEK. — Zur Kenntniss des Destruktionsluxation des Hüftgelenks, V Kongress der Deutsches Gesellsch.

für orthop. Chir., Berlin, 3 April 1906, *Verhandl. der Deut. Ges. f. ort. Chir.*, p. 167-178.

GEORG WOLFSOHN. — Ueber Spontanluxationen der Hüfte nach acuten Infektionskrankheiten, *Inaug.-Dissert.*, Freiburg (Baden), 1904.

WREDEN. — *Rousski Vrach*, 1908 (in Jordanski).

DENIS G. ZESAS. — Ueber Arthropathien nach Masern, *Zeit. für orthop. Chir.*, Bd. 29, p. 522-529, 1911.

HERMANN ZIEGNER. — Die coxitischen Luxationen des frühen Kindesalters, *Deut. Zeits. für Chir.*, Bd. 105, Heft 3-4, 1910, p. 404-427.

ERRATA

PAGES	LIGNES	LIRE	AU LIEU	DE
—	—	—	—	—
31	12	<i>ligament</i>	—	ligaments
32	26	<i>déjà</i>	—	dépa
54	31	<i>trouve</i>	—	troube
69	4	<i>tant</i>	—	tantôt
85	12	<i>thérapeutique</i>	—	thérapeuthique
93	22	<i>maintien</i>	—	maintient
93	25	<i>avec une rapidité</i>	—	avec rapidité
95	28	<i>pied</i>	—	pieds
96	16	<i>souple</i>	—	soupe
107	9	<i>affections</i>	—	affection
110	6	<i>soumettrais</i>	—	soumettrai
110	21	<i>elle</i>	—	elles
112	12	<i>apparemment</i>	—	apparamment
117	13	<i>opérée</i>	—	opéré

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
DÉFINITION	11
HISTORIQUE	15
MÉCANISME ET CAUSES PRÉDISPOSANTES	19
ÉTIOLOGIE	59
TABLEAU CLINIQUE	71
ÉTUDE RADIOLOGIQUE	81
TRAITEMENT	85
PRONOSTIC	103
CONCLUSIONS	107
OBSERVATIONS	109
BIBLIOGRAPHIE	149

VU:
Nancy, le 16 juin 1933.
Le Président de Thèse,
R. FRÆLICH.

VU ET APPROUVÉ:
Nancy, le 17 juin 1933.
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:
Nancy, le 19 juin 1933.
Le Recteur de l'Académie,
L. BRUNTZ,
Président du Conseil de l'Université.

